

01968
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



REPORTE DE
EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

COMITE TUTORIAL:

TITULAR: DRA. ISABEL REYES LAGUNES

TITULAR: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

TITULAR: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

TITULAR: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN

SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

SUPLENTE: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D.F.

2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

A Carmen, Mi Madre: sin saber distinguir entre lo efímero y perenne, como un himno a la sensatez y lealtad, y considerando que lo simple es más valioso que lo furtivo y por ende más interesante, reconozco que cuando el gusto está presente las ideas salen sobrando; es aquí donde recuerdo su figura, mi madre y mi amiga: por usted brindo en soledad y en silencio.

A Rosa y Jesús: aún siguen presentes.

A Raquel: te amo.

A Efrén: recuerda que aún podemos vencer aquello que dice: "...de nada me han servido los años, siempre caigo en los mismos errores..."

A Nena, María, Lupita, Ramón y Epifanio: los viejos, los imprescindibles.

A todos mis primos: en especial los de mi camada, Rocío del Carmen, Manuel de Jesús y Jesús Abel.

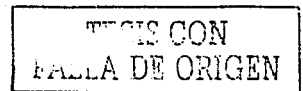
A Roberto, Oscar y Armando: arriba y hasta el fondo.

A Sonia, Javier y Mateo: vuelvo por ustedes y con ustedes.

A Rebeca y Dr. Juan José: enseñanza, amistad y compañía ante todo.

Al Dr. Plancarte, Dr. Mayer, Dra. Lara y Dr. Guevara: a los maestros con cariño.

A mis pacientes y a la UNAM...What a experience!!



Sartre decía, "La libertad del hombre radica en la elección de su ser, y tal elección es absurda: la vida es una pasión inútil". Discrepo totalmente de esto, puesto que hoy elijo ser el insecto de Kafka y mañana el águila de Nietzsche; ¿Cuántos retrocederían ante ello!.- Por cierto, ¿ustedes qué eligen?.

"...en la época más bella de mi vida, he ensombrecido más de un día hermoso por verme obligado a soportar la ligereza y el desdén; más aún encuentro y devuelvo complacencia, y una afinidad sustraída al tiempo como lo divino mismo..."

Fragmento del *Hyperion*
Friedrich Hölderlin

ANTECEDENTES Y VIGENCIA DE LA MEDICINA CONDUCTUAL

En un sentido general, la medicina conductual es un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica sobre las interacciones del medio ambiente físico y social, cogniciones, conducta y biología en la salud y en la enfermedad. Su aplicación se basa en técnicas fundamentadas en el conocimiento de estas interacciones para la promoción de la salud y la rehabilitación, así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En febrero de 1977 se presentó una conferencia en la Universidad de Yale para definir la medicina conductual y establecer los objetivos de este campo. La conferencia incluía investigadores de diferentes campos como la antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología. Algunos campos involucrados en la medicina conductual, pero no presentes en esta conferencia, son la educación, inmunología, bioestadística y las tradiciones de imaginiería e hipnosis¹.

La medicina conductual ha sido practicada mucho antes de esta conferencia de manera independiente por investigadores y practicantes de disciplinas separadas que no tenían un alto nivel de integración o coordinación de investigación y práctica. Un objetivo importante de esta conferencia fue promover la buena comunicación y discusión interdisciplinaria entre investigadores y practicantes de todas las subdisciplinas de la medicina conductual, esto con fines de una investigación y práctica más integrada y efectiva.

En la conferencia de Yale, la medicina conductual fue definida de la siguiente manera: "La medicina conductual es el campo interesado en el desarrollo del conocimiento de la ciencia conductual y de las técnicas relevantes al entendimiento de la salud física, y de la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

A partir de la mitad del siglo pasado, las demandas en medicina cambiaron de manera que las enfermedades crónico-degenerativas reemplazaron a las enfermedades agudas como la fuente primaria de mortalidad. Este cambio fue una modificación estructural y funcional para la medicina misma, donde el modelo biomédico del siglo pasado no reconoció ni respondió efectivamente a las nuevas demandas de prevención y manejo de las enfermedades crónicas. Sin embargo, actualmente la medicina está respondiendo y cambiando, y la medicina conductual es una manifestación de ello.

En 1978, la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria a la Salud (OMS-Unicef), definió a la salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la misma; es un objetivo social importantísimo en el mundo"².

Partiendo de estas definiciones en medicina conductual y salud, en México se diseñó el programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México; este programa va dirigido a la intervención cognitivo-conductual en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, entrenando a psicólogos en sedes hospitalarias de segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud, esto con el fin de trabajar en conjunto al modelo médico vigente. El énfasis se da en aspectos de adherencia terapéutica, preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas, dolor crónico, cambio de hábitos, hipertensión arterial, etc.

Las diversas poblaciones a atender son enfermos crónico-degenerativos con insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes mellitus, etc., utilizando tres niveles de intervención psicológica que son educación para la salud, entrenamiento social para el cuidado de la salud y el afrontamiento a la enfermedad (incapacidad y muerte bajo un modelo de autorregulación).

¹ Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.

² Moctezuma Barragán, G. (2000). *Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud*: Instituto de Investigaciones Jurídicas; Universidad Nacional Autónoma de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO



TRASPLANTE RENAL

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

I. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El primer año de Residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología Profesional en la Universidad Nacional Autónoma de México, se llevó a cabo en el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México; la supervisión *in situ* fue sustentada por la Mtra. Bertha Molina Zepeda, fungiendo como tutor académico el Dr. Juan José Sánchez Sosa y como supervisor académico el Mtro. Leonardo Reynoso Eraso. El horario de actividades era de 8:00 A.M. a 15:00 P.M. El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo", más el 19 de Junio de 1962 se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México". Después del sismo de 1985 en la Cd. de México, el Hospital se reconstruyó y reinauguró el 19 de septiembre de 1989. Actualmente existen dos entidades representativas de esta institución: el Hospital Juárez de México en el centro de la Cd. de México y el Hospital Juárez de México al norte de la misma. La rotación del primer año de Residencia en Medicina Conductual se llevó a cabo en la segunda entidad.

Esta sede se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160; Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760; México, D.F. Esta institución ofrece una atención de segundo nivel con servicios de internamiento y diversas especialidades. La sede cuenta con siete edificios, 50 consultorios, quirófano con diez salas, cuatro niveles en la torre de hospitalización, diez aulas, un auditorio, bibliohemeroteca, cuatro laboratorios, banco de sangre, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas. También se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades.

El Servicio de Trasplante Renal funciona en la sede desde 1991. Actualmente está formado por un Jefe de Servicio, 19 enfermeras divididas en turnos matutino, vespertino y nocturno, y dos cirujanos residentes que cursan una subespecialidad de cirugía en trasplante renal.

II. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El trasplante es comúnmente definido como el tratamiento óptimo para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo, la demanda de trasplantes renales excede el número de riñones que son donados cada año. Para optimizar la asignación de este escaso recurso, se practican a menudo consultas para evaluar el estado psicológico de los pacientes a trasplantarse. El estado psicológico es determinado por la entrevista clínica y la entrevista es a veces acompañada por pruebas psicológicas y cognitivas. El objetivo de la evaluación es identificar a los pacientes que efectivamente cumplan con el riguroso periodo post-operatorio, debido a que la falta de cumplimiento en este periodo puede degenerar en problemas médicos importantes o la muerte. Los factores psicológicos que se consideran significativos en el cumplimiento incluyen funcionamiento psicológico, personalidad, adherencia terapéutica, estilos de enfrentamiento y apoyo social.

La valoración psicológica de los candidatos a trasplante renal se ha vuelto más necesaria a medida que crece la demanda de trasplantes. Sin embargo, muchos psicólogos no han sido entrenados específicamente para conducir este tipo de valoraciones y a menudo desconocen las áreas que necesitan ser valoradas. Es necesaria una entrevista psicológica para abordar a estos candidatos, aunado a una historia psicológica para adquirir información específica al régimen médico asociado con la enfermedad y el trasplante renal. Estos puntos son importantes de evaluar, ya que a menudo las conductas de los pacientes son quienes en última instancia determinan su pertinencia para ser trasplantados.

Se reconoce que los candidatos a trasplante renal tienen características psicológicas únicas. Esto enfatiza la importancia de estar adecuadamente familiarizado con la población cuando se conduce una evaluación psicológica pre-trasplanteⁱⁱⁱ. Estas características psicológicas únicas pueden ser predictores muy importantes de sobrevida del injerto, junto a los factores demográficos, físicos y bioquímicos. En México existen hospitales de tercer nivel que ofrecen el servicio especializado de trasplantes, donde también se llevan a cabo dichas evaluaciones con el fin de elegir a los pacientes adecuados para ser trasplantados. Como se menciona en el párrafo anterior, se requiere de una

ⁱⁱⁱ Rundell JR, Hall RC. Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparison with consultation-liasion inpatients. *Psychosomatics* 1997; 38:269-276.

valoración más completa, confiable y que se adapte a momentos, contextos y pacientes tan peculiares. Son distintas las dimensiones a evaluar y todas en conjunto pueden proporcionar una imagen más completa del paciente.

2.1 Servicio de Trasplante Renal

El Programa de Trasplante Renal se inició en el Hospital Juárez de México en 1991; desde entonces y hasta principios del año 2003 se han hecho 160 trasplantes. La realización de un trasplante requiere de la valoración médica, social y psicológica. Una vez que cada disciplina termina su valoración, un grupo de especialistas discute el caso y se emite un dictamen para determinar si los pacientes son aptos o no para el trasplante. El donador y el receptor necesitan cumplir criterios de inclusión médicos, sociales, psicológicos y legales para ser considerados como candidatos para el trasplante.

El Área de Psicología no es solamente un complemento útil en el equipo del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México; el Programa Operativo en Psicología especifica claramente las actividades que deben llevarse a cabo. De igual manera, también existe un sustento legal para integrar a dicha disciplina con el equipo médico. En la Norma Oficial de la Federación publicada el 30 de Septiembre de 1994 (NOM-EM 003-SSA-1994), está establecido que "...de los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines trasplante, el comité estará integrado...por un psiquiatra o psicólogo...".

El criterio psicológico de inclusión para el trasplante renal se elaboró a partir de dos fuentes: el aspecto legal y el aspecto psicológico de los trasplantes. En el aspecto legal se recurrió al decreto por el cual se reforma la Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes publicada en el Diario Oficial de la Federación^{IV}, el viernes 26 de Mayo de 2000 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. En relación al área psicológica, se investigó con personal médico sobre el perfil psicológico que requieren los pacientes y se revisó la forma en que se valora en otro hospital.

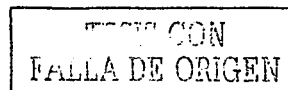
Como resultado del proceso de valoración, el paciente pudiera no cubrir los criterios psicológicos de inclusión. En tal caso, el psicólogo debe prepararle para que sea apto para el trasplante o donación. Es importante aclarar que la tarea principal se dirige a valorar y preparar a los pacientes psicológicamente para la donación o trasplante; por lo tanto, si se identifica una problemática (por ejemplo, problemas de pareja) que no interfiera directamente con la cirugía y la evolución postoperatoria, dicho problema no deberá tomar el mayor estatus en la jerarquía de trabajo del psicólogo. Eso no significa que se deba ignorar toda problemática psicológica no relacionada con el proceso, sino que es necesario jerarquizar las funciones del psicólogo de trasplantes. En todo caso, también es posible recurrir al apoyo de otros profesionales para dar continuidad y atención psicológica a los pacientes y sus familiares.

La valoración psicológica en el receptor abarca distintas áreas. En muchos sentidos la valoración busca cubrir puntos importantes que aparecen en la Ley General de Salud con respecto a los trasplantes y que están relacionados con aspectos psicológicos, pero también se busca valorar otras áreas de los pacientes como lo es aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión y la relación familiar. Con respecto al donador, también se busca valorar la capacidad de comprensión, motivación para donar y aspectos familiares.

La obtención del diagnóstico psicológico se obtiene después de identificar que tanto el donador como el receptor cumplan con los criterios de inclusión. En el caso de que se cumplan todos los criterios de inclusión para el receptor, el diagnóstico será: "**Paciente psicológicamente apto para trasplante renal**". Cuando uno o más de los criterios de inclusión no se cumplan, el psicólogo deberá preparar al paciente para volverlo apto para el trasplante; en lugar de la anterior afirmación, hay que decir: "**El paciente todavía no está listo para el trasplante**".

Para el caso del donador el manejo es similar. Cuando se cumplen todos los criterios de inclusión, el diagnóstico psicológico será: "**Paciente psicológicamente apto para donar un riñón**". Si el paciente no cubre todos los criterios de inclusión, el psicólogo deberá prepararle para volverlo apto psicológicamente para poder donar. Cabe mencionar que el psicólogo también puede elaborar otros diagnósticos, como es el caso de encontrar depresión o ansiedad. Si ese fuera el caso, se necesitará trabajar con los pacientes para disminuir tales estados y volverlos aptos

^{IV} Ley General de Salud en Materia de Donación y Trasplantes. Diario Oficial de la Federación. Tomo DLX, No. 18, México, D.F.



para la donación o trasplante. En todo momento habrá que recordar los aspectos fisiológicos de la insuficiencia renal crónica terminal en el receptor para poder realizar un diagnóstico diferencial y distinguir los síntomas de depresión o ansiedad que están ligadas a la enfermedad, de los síntomas que tienen origen psicológico. Tales diagnósticos auxilian para completar el estudio psicológico. Sin embargo, la meta final para el área de Psicología en el Servicio de Trasplante Renal, es que el paciente sea apto psicológicamente para la cirugía.

2.2 Postrasplante Renal

Ahora bien, después de que un paciente se trasplanta es colocado en aislamiento durante un rango de 10 a 30 días, donde se les administran diferentes esquemas de inmunosupresión para evitar el rechazo inmediato del injerto, lo cual conlleva a un periodo de estrés ante el aislamiento y que puede degenerar en complicaciones serias. Todo paciente aceptado para ser trasplantando, debe ser intervenido psicológicamente antes de ello para sobrellevar dicho periodo; lo más común a utilizar es desensibilización sistemática aunada a imaginiería guiada que permita al paciente anticipar la situación, así como visitas anteriores al trasplante con el equipo médico, enfermería, quirófanos, cuartos de aislamiento, etc.

El estilo de vida de todo paciente trasplantado será un importante predictor en el éxito a corto, mediano y largo plazo de sobrevida del injerto y por ende de su expectativa de vida; se reconoce ampliamente que un desajuste en la dieta alimenticia, ingesta de medicamentos y condiciones de higiene conllevan fácilmente a una infección o franco rechazo que ponen en riesgo la vida del paciente. Es por ello que se debe hacer énfasis en los aspectos conductuales y creencias acerca de los estilos de vida que los pacientes muestran después de un trasplante, lo cual es sumamente apreciado por los pacientes mismos y por el equipo médico.

2.3 Investigaciones y Trabajos

Durante la rotación en esta sede se llevó a cabo una investigación, una entrevista psicológica estructurada y una propuesta de intervención, todo ello relacionado a la intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal, trasplantados o candidatos a trasplantarse. Los títulos son los siguientes:

- Calidad de vida y funcionamiento psicológico en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal: candidatos a trasplante y trasplantados.
- Entrevista estructurada y consentimiento informado cualificado en el trasplante renal (próximo a publicarse).
- Reestructuración cognitiva y actividades programadas como tratamiento para síntomas depresivos en pacientes trasplantados de riñón.

2.4 Congruencia del Plan de Estudios con la Práctica Clínica

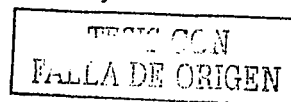
El grueso de materias teóricas que se imparten en la Maestría de Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual de la UNAM, coincide cabalmente con las necesidades propias del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México y con las características de los pacientes en el mismo; el plan de estudios está diseñado para intervenir en los correlatos psicológicos presentados en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

El Servicio de Trasplante Renal atiende a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que inician un protocolo de trasplante (ya sea el Protocolo de Trasplante Renal por Donador Vivo Relacionado o el Protocolo de Trasplante Renal por Donación Cadavérica) para ser trasplantados. El área de psicología cuenta con actividades específicas dentro de cada uno de estos protocolos (ver Programa Operativo).

Este programa operativo aborda puntos y necesidades específicas del Servicio de Trasplante Renal, que abarcan tanto las premisas legales en materia de donación y trasplantes de órganos humanos, así como el manejo del funcionamiento psicológico de los enfermos crónico degenerativos, visto en las clases teóricas del programa de Maestría de Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual de la UNAM.

2.5 Sistema de supervisión In Situ

En el transcurso de la semana, los días lunes, martes y miércoles son dedicados a sesiones grupales bajo diferentes escenarios; el objetivo de estas sesiones es la retroalimentación de información y conocimientos con pacientes



nefrópatas, el equipo mismo de psicología y el staff médico. Las sesiones quedaron distribuidas de la siguiente manera:

- **Lunes:** Sesión de una hora (10:30 a 11:30 a.m) con pacientes nefrópatas que hayan iniciado un protocolo de trasplante renal o que sólo pertenezcan al Servicio de Nefrología; en estas sesiones se busca mediante terapia grupal, identificar la dinámica personal de cada paciente con respecto a su enfermedad (aceptación, muerte, tratamiento dialítico, etc).
- **Martes:** Sesión de una hora (10:00 a 11:00 a.m) con la supervisora *in situ* Mtra. Berta Molina Zepeda, donde se llevaron a cabo revisiones bibliográficas sobre el modelo cognitivo-conductual utilizado para intervenir con los pacientes nefrópatas:
 - ➔ Capítulo I del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo II del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo III del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo IV del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo V del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo VI del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo VII del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
 - ➔ Capítulo VIII del libro "Cognitive therapy: basics and beyond".
- **Miércoles:** Sesión de una hora (8:30 a 9:30 a.m) con el staff médico del Servicio de Trasplante Renal, donde se llevaron a cabo revisiones de artículos y temas relacionados a trasplantes, trabajo social y psicología:
 - ➔ Cirujanos: "Citomegalovirus".
 - ➔ Trabajo social: "Economía y enfermedad".
 - ➔ Psicología: "Trastorno dismórfico corporal".
 - ➔ Cirujanos: "Historia de los trasplantes en México".
 - ➔ Trabajo social: "Visitas domiciliarias".
 - ➔ Psicología: "Suicidio en pacientes crónicos".
 - ➔ Cirujanos: "Inmunosupresores".
 - ➔ Trabajo social: "Familiograma".
 - ➔ Psicología: "Estrés postraumático".

De igual manera, los miércoles de 11:00 a.m a 12:00 p.m., se presentaron casos clínicos con el Psiquiatra Ricardo Gallardo Contreras, por parte de:

- ➔ Equipo de psicología del Servicio de Oncología.
- ➔ Equipo de psicología del Servicio de Trasplante Renal.
- ➔ Equipo de psicología (Servicio de Psiquiatría y Psicología).
- ➔ Equipo de psicología (Servicio de Psiquiatría y Psicología).
- ➔ Equipo de psicología (Servicio de Psiquiatría y Psicología).

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
Servicio de Trasplante Renal
 Medicina Conductual

Programa Operativo

OBJETIVOS DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA

1. Realizar valoración psicológica de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal para determinar que cumplan con los criterios de inclusión para trasplantarse.
2. Intervenir en los pacientes con IRCT para convertirlos en candidatos aptos para trasplante.
3. Dar apoyo psicológico a los pacientes internados para interconsultas y a pacientes en el periodo pre y postoperatorio.
4. Reportar por escrito al Jefe del Servicio las valoraciones realizadas en los momentos que así se requiera.
5. Tener actualizados los expedientes de Psicología con su respectiva nota.

COPIA CON
FALLA DE ORIGEN

6. Mantener contacto constante con los pacientes para conocer y solucionar sus inquietudes acerca de los procedimientos y problemáticas psicológicas surgidas por la enfermedad.
7. Realizar revisión bibliográfica que sustente el trabajo de intervención psicológica.
8. Elaborar y llevar a cabo propuestas de investigación que satisfagan las necesidades psicológicas de los pacientes del servicio. Esto requiere del visto bueno del Jefe de Servicio.

ACTIVIDADES DIARIAS DEL RESIDENTE EN PSICOLOGIA

1. Coordinarse con los médicos residentes o adscritos para saber quienes son los siguientes pacientes que serán presentados ante el subcomité y comité de trasplantes con el fin de elaborar y/o actualizar el expediente psicológico de dicho paciente.
2. Coordinarse con el Jefe del Servicio de Psiquiatría para realizar la valoración psicológica a pacientes y elaborar un reporte con su visto bueno. Dicho reporte debe anexarse al expediente psicológico del paciente y se pondrá énfasis en el cumplimiento de los criterios de inclusión que se mencionan más adelante.
3. Dar atención a pacientes en aislamiento para identificar posibles elementos de ansiedad o inquietudes acerca de su evolución para su respectivo manejo.
4. Visitar a los pacientes internados para dar apoyo psicológico y dar continuidad a la realización de su expediente.
5. Mantenerse en contacto con los familiares de los pacientes para dar apoyo psicológico en las problemáticas que se presenten.
6. Asistir a la consulta externa de pacientes que se encuentran en estudios para trasplantarse, con la finalidad de captarles dándoles cita e iniciar su expediente psicológico o darle continuación/actualización al mismo.
7. Realizar entrevistas y aplicar pruebas psicológicas a pacientes en estudio de protocolo para trasplantarse, sean de donación de vivo relacionado o de donación de cadáver.
8. Elaborar programas de tratamiento que permitan a los pacientes adherirse a las prescripciones dadas por el equipo de salud.
9. Revisar y tener conocimiento de las leyes y reglamentos vigentes de trasplante del Sector Salud.
10. Atender a las interconsultas que sean solicitadas por otros servicios.
11. Procurar órganos ante los familiares de pacientes diagnosticados con muerte cerebral, esto con el fin de trasplante a pacientes en lista de espera dentro del protocolo de donación cadavérica en el Hospital y otros.

CRITERIOS PSICOLÓGICOS DE INCLUSIÓN PARA EL TRASPLANTE

El Receptor Necesita:

1. Capacidad de comprensión.
2. Ser consciente de los riesgos de trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
3. No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327 de la Ley publicada el 26 de Mayo de 2000 en el Diario Oficial).
4. Tener adherencia a los tratamientos.
5. Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX).
6. Capacidad para realizar cambios en el estilo de vida.
7. No tener síntomas psicopatológicos.
8. Estar entrenado para tolerar el aislamiento.

El Donador Necesita:

1. Capacidad de comprensión.
2. Estar libre de coacción física o moral para donar (Art. 16, Fracc. V).
3. Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como posibilidades de éxito para el receptor (Art. 16, Fracc. IV).
4. No incurrir en la obtención de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
5. No tener síntomas psicopatológicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración Psicológica en el Receptor:

1. Ficha de identificación.
2. Examen mental.
3. Determinar que el paciente entienda la posibilidad de éxito o fracaso.
4. Valorar el grado de adherencia a la dieta y medicamentos.
5. Evaluar el estado de salud físico y mental: ser capaz de tolerar el trasplante y su evolución (Art. 25, Fracc. III).
6. Verificar que el paciente haya expresado por escrito ser consciente de los riesgos y probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
7. Valorar la capacidad para cambiar estilos de vida.

Valoración Psicológica en el Donador:

1. Ficha de identificación.
2. Examen mental.
3. Determinar especialmente la capacidad para comprender lo que va a hacer.
4. Descartar la posibilidad de ganancia secundaria (económica o en especie) por donar.
5. Verificar que el paciente haya expresado su voluntad por escrito libre de coacción física o moral para donar (Art. 16, Fracc. V).
6. Determinar que el paciente conozca los riesgos de la operación y consecuencias, así como posibilidades de éxito para el receptor (Art. 16, Fracc. IV).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



**CLÍNICA DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS**

IMPRESO CON
PAPEL DE ORIGEN

I. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El segundo año de Residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología Profesional en la Universidad Nacional Autónoma de México, se llevó a cabo en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología; la supervisión *in situ* fue sustentada por el Psic. Salvador Alvarado Aguilar, fungiendo como tutor académico el Dr. Juan José Sánchez Sosa y como supervisor académico el Mtro. Leonardo Reynoso Eraso. El horario de actividades era de 7:00 A.M a 17:00 P.M (con excepción de los días lunes y viernes de 7:00 A.M a 15:00 P.M).

El Instituto Nacional de Cancerología inicia como un dispensario llamado Dr. Ulises Valdés, donde se brindaba atención a pacientes oncológicos del área ginecológica. El 25 de noviembre de 1946, durante el sexenio del Gral. Manuel Ávila Camacho, nace por decreto presidencial el Instituto Nacional de Cancerología que inicia con los servicios de consulta externa, laboratorio de rayos X, patología, entre otros. El 30 de diciembre de 1950, con la presidencia del Lic. Miguel Alemán Valdés, se decreta la ley del Instituto Nacional de Cancerología ampliando su espacio físico para instalar un equipo de radioterapia y camas para la aplicación de braquiterapia con radium para los pacientes con carcinoma cervicouterino.

En 1972 se crean las divisiones de cirugía, radioterapia y medicina interna, y se implementaron los programas de enseñanza con reconocimiento universitario de la especialidad de oncología clínica y radioterapia. El 1980, el Instituto cambió sus instalaciones al lugar donde se encuentra actualmente, Av. San Fernando No. 22; Col. Sección XVI, C.P. 14080; México, D.F. El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de la Salud que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos. Su atención está dirigida a no derechohabientes de la seguridad social provenientes de todo el país. Como parte de sus funciones también se encuentra la enseñanza médica y la investigación; el Instituto cuenta con 24 servicios base, donde el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos es sólo interconsultante.

El Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos está formado por un algólogo jefe de servicio, dos médicos algólogos adscritos y ocho residentes médicos anestesiólogos que realizan una subespecialidad en algología. El Servicio también cuenta con dos enfermeras de base, dos de rotación y una trabajadora social, así como voluntariado de tanatología.

II. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

La intervención psicológica en el modelo de clínica del dolor y cuidados paliativos para pacientes oncológicos, implica un trabajo en equipo donde las prioridades hacia el paciente y su familia son compartidas con los médicos, enfermeras y trabajo social. Así como existe la forma de captar a los pacientes y sus familiares dentro de las instalaciones hospitalarias, también se consigue mediante la visita domiciliaria la cual en términos operativos es "la punta de lanza" en los cuidados paliativos y considerado por muchos como la forma ideal de abordar a un paciente terminal. Los enfermos terminales cuentan con ciertos derechos aceptados por consenso:

1. Ser tratado con dignidad y respeto.
2. Recibir tratamiento para aliviar el dolor.
3. Ser tratado por personas capaces y sensibles.
4. Poder expresar ideas y emociones.

2.1 Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo

Dentro de este contexto, el énfasis se da en aquellas actividades o conductas que promuevan la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los pacientes. Aunque cada paciente es único, muchos de ellos presentan algunos de estos tres componentes:

- Deterioro significativo en el bienestar subjetivo.
- Dolor intratable u otros síntomas físicos.
- Percepción de haber perdido la "normalidad" en la vida cotidiana.

TFSIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes pueden experimentar depresión, duelo o ansiedad, y es aquí donde se debe valorar y tratar el deterioro en el bienestar subjetivo de los mismos. Las intervenciones en depresión y ansiedad incluyen la educación al paciente y a los cuidadores primarios sobre la interrelación entre los síntomas físicos y los síntomas psicológicos, proporcionando intervenciones que reduzcan la ansiedad y depresión e incrementando la frecuencia de eventos placenteros experimentados por los pacientes y cuidadores primarios.

Las intervenciones relacionadas al duelo ante la pérdida de la salud y de la vida en el paciente, redirigen su atención del futuro hacia el presente; los pacientes no tienen control sobre el futuro (su muerte), pero sí pueden controlar la manera en que invierten su tiempo junto a su familia en el ahora. Las intervenciones para el manejo de un deterioro en el bienestar subjetivo deben ser implementadas y focalizadas en una sesión o dos, reduciendo la posibilidad de visitas adicionales y por lo tanto de un mayor desgaste en los pacientes y cuidadores.

El dolor difícil de manejar es un problema común en estos pacientes. El médico algólogo implementa un tratamiento farmacológico para el manejo del dolor, mientras que la intervención cognitivo-conductual complementa este plan con técnicas no farmacológicas. En particular se pueden utilizar ejercicios de relajación adyuvantes a la medicación. Los pacientes eligen una técnica de relajación que se adapte a su gusto y aplican estos ejercicios junto a la toma de medicamentos. Algunos de los pacientes implementan ejercicios de respiración e imaginación guiada. Hasta donde sea posible, los cuidadores primarios se deben involucrar en el entrenamiento en relajación, de manera que puedan guiar el ejercicio cuando los pacientes tengan dificultad sea por fatiga, concentración, etc.

Cuando se le pregunta a los pacientes acerca de cómo desean sus vidas en el hogar, estos comúnmente responden que todo sea normal como antes. Los pacientes y sus cuidadores primarios mencionan sobre lo que es normal para ellos, proporcionando las bases para una buena valoración sobre este punto; durante estas discusiones, la intervención psicológica debe proporcionar sugerencias sobre cómo adaptar el ambiente del hogar. Por ejemplo, usualmente los pacientes quieren estar junto a su familia durante la cena, ya sea conversando u otra actividad de esparcimiento, los síntomas como inapetencia, fatiga y náusea pueden hacer de esta simple actividad algo imposible para el paciente.

Sin embargo, se pueden hacer pequeñas adaptaciones tales como el servir alimentos fríos (lo cual minimiza la náusea debido al olor de la comida), tener lista la comida a la hora del día en que la energía del paciente es mayor, y permitir que el paciente no coma cuando no tenga hambre; estas adaptaciones pueden promover las interacciones familiares. Las intervenciones cognitivo-conductuales pueden mejorar la calidad de vida y bienestar subjetivo de estos pacientes, y proporcionarles el control sobre algunas situaciones donde ya no lo tienen.

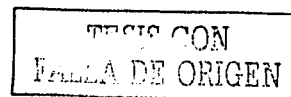
2.2 Comunicación de Malas Noticias

La comunicación de malas noticias es también un punto de suma importancia dentro del contexto de clínica del dolor y cuidados paliativos^V, y en este punto se deberá ventilar toda clase de recomendaciones hacia los médicos por parte del equipo de psicología; éticamente hablando, al informar sobre el diagnóstico y pronóstico de cáncer a un paciente, sólo está facultado para hacerlo aquel médico que conozca la enfermedad, trate médicamente al paciente y que sepa lidiar con las reacciones emocionales que se desprendan ante tal información.

Todo paciente tiene el derecho inapelable de ser informado de su condición médica actual y de lo que posiblemente se presente en el transcurso de su enfermedad; sin embargo, también se aplica lo contrario, es decir, todo individuo si así lo desea no debe ser informado de su diagnóstico y pronóstico, y tan sólo el tratamiento deberá explicarse cabalmente. Por supuesto, deberán dejarse canales abiertos de comunicación por si hay un cambio de opinión en el paciente.

En principio, el médico deberá estar completamente seguro del diagnóstico y pronóstico, así como averiguar sobre lo que el enfermo sabe, quiere saber y si está en condiciones de saberlo. Siempre se buscará la posibilidad de que el paciente cuestione por sí mismo sobre su condición médica. Un punto que siempre deberá enfatizarse es la autonomía del enfermo; independientemente de su caso, mientras el paciente se encuentre cognitiva, afectiva y motivacionalmente apto, se recalcará su capacidad de elección. La información podrá darse gradualmente, dependiendo más que nada de la condición física, cognitiva, afectiva y motivacional del paciente. También se toma en cuenta el nivel socioeconómico del mismo, sobre todo para informar con simplicidad, sin términos peyorativos y

^V Gómez, M. Como Dar Malas Noticias en Medicina; Madrid: Arán; 1998.



sin establecer límites ni plazos de vida. Nunca se debe dar la información en pasillos o en condiciones no adecuadas, donde el diálogo filosófico es una opción adecuada. Siempre se debe ofrecer algo a cambio, es decir, proponer el apoyo médico, psicológico y social para el paciente y su familia. Obviamente no se debe proponer aquello que no será cumplido.

Cuando un paciente es informado sobre un diagnóstico y pronóstico desfavorable, y donde aparentemente ya se estableció en el mismo una etapa de "negociación" y "aceptación" ante la condición terminal, se debe contemplar la posibilidad de que este busque planes a largo plazo. Ante una "negación" de este tipo, no deberá retomarse el tema de la condición terminal, donde posiblemente días después el paciente reconozca de nuevo su condición paliativa.

Cuando una familia o paciente establezcan una "conspiración del silencio", es decir, pidan no ventilar el tema de la condición terminal con el paciente o familiares según el caso, se les debe mencionar que el informar o no a un enfermo sobre su condición terminal está en función de las decisiones y condiciones propias del mismo; por supuesto, se les ofrece ayuda sobre como manejar la situación. Se debe iniciar argumentando el por qué es adecuado, bajo ciertas condiciones, el ventilar toda información con todos los involucrados, principalmente el paciente. Siempre se deben tomar en cuenta los reportes proporcionados por los familiares, sobre todo en relación al estado afectivo y motivacional del paciente. Los familiares deben ser coordinados en el cuidado del enfermo.

Como una manera de describir la aplicación de todos los puntos mencionados anteriormente, se muestra a continuación un caso clínico de un paciente perteneciente al Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, utilizando el formato "SOAP":

CASO CLÍNICO

- *Nombre:* OLM
- *Diagnóstico:* Cáncer de Pulmón
- *Género:* Masculino
- *Edad:* 32 años
- *Estado Civil:* Casado
- *Escolaridad:* Preparatoria
- *Religión:* Católica
- *Ocupación:* Comerciante
- *Residencia:* México, D.F.

Sesión 1 (03/06/02)

S = Paciente de primera vez captado en consulta externa y referido por la preconsulta directamente a Cuidados Paliativos; refiere conocer su diagnóstico, más desconoce su pronóstico y desea conocerlo por sí mismo independientemente del tipo de información que esto implique. Menciona estar enterado de su enfermedad desde hace un mes, por lo que se ha "sentido deprimido" desde entonces ya que piensa constantemente en el porvenir de su esposa y sus dos hijas. Refiere sensación de disnea leve, astenia generalizada y dolor torácico moderado.

O = Paciente alerta, cooperador, orientado en 3 esferas, atención y concentración normales, lenguaje lento pero coherente y congruente, memoria reciente y remota conservadas (puntaje de 30/30 en examen mental). Acompañado de su esposa y dos hermanas, lo cual implica redes de apoyo suficientes y funcionales.

A = Probable episodio depresivo asociado a condición médica y conocimiento del diagnóstico oncológico.

P = Se utiliza intervención de primer nivel (educación para la salud) con el fin de informar aún más sobre la condición médica y en explicar las posibilidades de apoyo psicológico, así como intervención de segundo nivel (entrenamiento social para el cuidado de la salud), sobre todo en el manejo de habilidades de comunicación médico/paciente para obtener la información solicitada por este último. Se redacta en hojas de papel una serie de preguntas que el paciente puede cuestionar a su médico tratante. Seguimiento a una semana en la consulta externa.

Sesión 2 (10/06/02)

S= Paciente subsecuente en consulta externa que refiere haber sido informado sobre su condición paliativa, lo cual implica para él "no tener cura, sólo control de síntomas". Menciona sentirse cada vez más fatigado y con mucha más dificultad para respirar, con dolor torácico leve y controlado, pero afligido por la información recibida. Desea conversar esto con sus hermanos y con sus padres, pues su esposa ya está enterada de tal información. Le interesa averiguar como serán apoyadas su esposa e hijas después de su fallecimiento.

O = Paciente somnoliento pero cooperador, orientado en espacio y persona más no en tiempo, atención y concentración normales, lenguaje lento pero coherente y congruente, memoria reciente y remota normales (puntaje de 29/30 en el examen mental) y llanto ocasional. Acompañado de su esposa y un hermano. Redes de apoyo suficientes y funcionales.

A= Probable episodio depresivo y periodo de angustia asociados a condición médica y conocimiento de condición paliativa; se identifican experiencias en duelo, manifestando "tristeza" pero a la vez deseos de "negociar" con su familia para garantizar apoyo a su esposa e hijas.

P= Se le entrena al paciente para utilizar ejercicios de respiración que le ayuden a manejar la disnea, esto a través de respiración diafragmática y respiración con labios fruncidos con el fin de lograr una disminución de los periodos de angustia que le aquejan ante su dificultad de respirar, además de ofrecerle una mayor percepción de autocontrol. Se le explica tanto al paciente, así como a su esposa y hermano, cuales son los puntos que deben abordar con la familia entera acerca del apoyo que el paciente desea obtener para su esposa e hijas, así como del control sintomático en casa. Cita abierta en consulta externa.

Sesión 3 (08/08/02)

S= Paciente subsecuente que es captado en hospitalización, del cual se obtiene información a través de su esposa ya que el paciente presenta disnea severa, dolor incrementado y falla orgánica múltiple. La esposa menciona un deterioro muy significativo en su esposo, así como el deseo de saber que es lo que se puede hacer para disminuir el sufrimiento en el mismo. Argumenta haber negociado con su esposo y familiares todo lo relacionado al apoyo que recibirán tanto ella como sus hijas, después del posible fallecimiento del paciente.

O= Paciente somnoliento, voz de intensidad baja y lenta debido a su disnea, con llanto ocasional. Acompañado en hospitalización por su esposa y dos hermanos. Esposa del paciente con llanto frecuente, estado de ánimo "triste" con angustia predominante.

A= La condición médica del paciente dificulta establecer la prevalencia del deterioro psicológico mencionado en las sesiones pasadas.

P= Se le ofrece al paciente la posibilidad de sedación terminal en cualquiera de sus modalidades (leve, intermitente y/o profunda), explicando el objetivo de esta medida tanto al paciente como a los familiares. El paciente no acepta la propuesta, siendo respaldado por sus familiares en su decisión.

Nota: El paciente fallece 2 días después.

2.3 Investigaciones y Trabajos

Durante la rotación en esta sede se llevó a cabo un protocolo de investigación sobre la intervención psicológica en el dolor de origen oncológico, el cual se presentará al final de este reporte. El título de este trabajo es:

➤ Tratamiento cognitivo-conductual en el manejo del dolor por cáncer.

2.4 Congruencia del Plan de Estudios con la Práctica Clínica

El grueso de materias teóricas que se impartían en la Maestría de Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual de la UNAM, coinciden cabalmente con las necesidades propias del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y con las características de los pacientes en el mismo; el plan de estudios está diseñado para

intervenir en los correlatos psicológicos presentados en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. El Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos atiende a pacientes con cáncer y que son referidos por presentar dolor o por ser pacientes meramente paliativos.

2.5 Curso de Algología Clínica

En el transcurso de la semana, de lunes a jueves se imparten clases sobre Algología de 7:00 a.m. a 8:00 a.m. en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; el objetivo de estas sesiones es la retroalimentación de información y conocimientos sobre el manejo de pacientes con dolor.

Específicamente el día miércoles de cada semana, las actividades son meramente académicas ya que a partir de las 9:00 a.m. hasta las 2:00 p.m., se imparten sesiones sobre casos clínicos, revisión bibliográfica y exposición de artículos sobre dolor. Durante las dos primeras semanas del mes, tales sesiones se dan en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán", mientras que durante las dos semanas restantes, las sesiones se imparten en el Instituto Nacional de Cancerología.

En los días lunes y viernes de 9:00 a.m. a 10:00 a.m. se lleva a cabo el pase a visita a pacientes en hospitalización, en compañía del Jefe de Servicio. Aquí se lleva a cabo una asesoría directa por parte del Jefe de Servicio para abordar algológicamente a los pacientes, y además se solicita la intervención psicológica donde sea pertinente.

De martes a jueves se asiste a clases de Oncología Médica de 4:00 p.m. a 5:00 p.m., y los viernes de 7:00 a.m. a 8:00 a.m. en el Instituto Nacional de Cancerología. Esto es con el fin de conocer los diferentes aspectos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento en los diferentes tipos de cáncer abordados en el instituto.

El día martes se llevan a cabo sesiones de casos clínicos sobre procedimientos algológicos de 8:30 a.m. a 9:30 a.m. Esto es con el fin de identificar cuales son los casos que requieren de una preparación especial en el paciente, incluyendo los aspectos psicológicos que puedan influir en el éxito del procedimiento algológico.

El día jueves se llevan a cabo sesiones sobre cuidados paliativos en enfermos terminales de 8:30 a.m. a 9:30 a.m. Esto es con el fin de comentar ante médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, la intervención psicológica que se practicó en aquellos pacientes que se encuentran dentro del programa de visitas domiciliarias.

La diversas formas de captar pacientes, son las siguientes:

- ✓ En hospitalización.
- ✓ En consulta externa.
- ✓ Por interconsulta.
- ✓ En visita domiciliaria.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN



TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL MANEJO DEL DOLOR POR CÁNCER



**CLÍNICA DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS**

TRABAJO CON
FOLLA DE ORIGEN

RESUMEN

La literatura sobre las intervenciones psicológicas en el manejo del dolor de origen no oncológico es amplia y con mayor aplicación día tras día; sin embargo, los reportes acerca del manejo psicológico en el dolor por cáncer son muy escasos.

A partir de esta situación y de necesidades reales de apoyo psicológico en la población con dolor por cáncer, se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual en el manejo del dolor oncológico en pacientes del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, intervención psicológica adyuvante a un tratamiento farmacológico utilizando un diseño de caso único con línea base múltiple y tratamientos alternados en base a técnicas de educación para la salud, reestructuración cognitiva, respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada.

El objetivo fue aumentar la calidad de vida de los pacientes disminuyendo la intensidad del dolor, así como incrementar el bienestar subjetivo reduciendo los síntomas concomitantes de "depresión" y/o "ansiedad"; se obtuvieron siete réplicas con una reducción significativa de los síntomas de "depresión" y/o "ansiedad" en todos los participantes, más una reducción significativa del dolor en sólo dos de ellos, lo cual dice que se tuvo un mayor impacto en el bienestar subjetivo que en la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados hablan de lo importante que son este tipo de intervenciones en la población oncológica, aunque si es necesario una mayor cantidad de réplicas para contrastar los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE GENERAL

Pags.

RESUMEN

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Evaluación del Dolor por Cáncer.....	1
1.2 Síndromes Dolorosos.....	2
1.3 Síndromes de Dolor Nociceptivo Relacionados al Tumor.....	3
1.4 Síndromes Dolorosos Neuropáticos Relacionados al Tumor.....	3
1.5 Síndromes Dolorosos Relacionados al Tratamiento.....	3
1.6 Tratamiento del Dolor por Cáncer	4
1.6.1 Radiación y quimioterapia.....	4
1.6.2 Opioides	4
1.6.3. Analgésicos no opioides y adyuvantes	5
1.6.4. Otras técnicas analgésicas.....	6
1.7 Aproximaciones Psicológicas en el Dolor por Cáncer.....	7
1.7.1 Educación para la salud.....	7
1.7.2 Terapia cognitivo-conductual	9
1.8 Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en el Dolor por Cáncer.....	13
1.8.1 El constructo de la "depresión"	15
1.8.2 El constructo de la "ansiedad"	18
II. MÉTODO	20
2.1 Objetivos.....	20
2.2 Tipo de Investigación.....	20
2.3 Sujetos	20
2.4 Diseño de Investigación.....	21
III. RESULTADOS	24
3.1 Caso Uno	25
3.2 Caso Dos.....	34
IV. DISCUSIÓN	43
ANEXOS	
APÉNDICES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE DE TABLAS

	Pags.
Tabla 1.- Síndromes de dolor agudo en pacientes con cáncer.....	2
Tabla 2.- Síndromes de dolor crónico en pacientes con cáncer.....	3
Tabla 3.- Intervenciones analgésicas y/o relacionadas que pueden ser efectivas como terapias primarias o adyuvantes en pacientes con dolor por cáncer.....	6
Tabla 4.- Definiciones de la estrategias cognitivo-conductuales.....	10
Tabla 5.- Resumen de las características y resultados de los estudios aleatorizados controlados.....	12
Tabla 6.- Dimensiones en el "dolor total".....	14
Tabla 7.- Características y resultados de los participantes.....	24

IMPRESO CON
FOLIA DE ORIGEN

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pags.
Figura 1.- Escalera Analgésica de la OMS.....	5
Figura 2.- Estrategias en el manejo del dolor por cáncer.....	6
Figura 3.- Construcción de la variable latente "depresión" a partir de correlaciones entre cinco componentes de variables manifiestas.....	16
Figura 4.- Construcción de la variable latente "ansiedad" a partir de correlaciones entre cuatro componentes de variables manifiestas.....	19

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

INDICE DE GRÁFICAS

	Pags.
Gráfica 1.- Comportamiento del dolor en la serie de tiempo (Caso 1).....	29
Gráfica 2.- Comportamiento del síntoma de "tristeza" en la serie de tiempo (Caso 1).....	29
Gráfica 3.- Comportamiento del síntoma de "inutilidad" en la serie de tiempo (Caso 1).....	30
Gráfica 4.- Comportamiento del dolor en la serie de tiempo (Caso 2).....	38
Gráfica 5.- Comportamiento del síntoma de "tristeza" en la serie de tiempo (Caso 2).....	38
Gráfica 6.- Comportamiento del síntoma de "preocupación" en la serie de tiempo (Caso 2).....	39

ENCUENADO CON
ETIQUETA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN

En la población con cáncer, la calidad de vida está comprometida por síntomas nobremente controlados, deterioro en el funcionamiento físico y psicológico, y otros problemas. El dolor es un síntoma muy frecuente con un impacto serio tanto en el paciente como en la familia. La Organización Mundial de la Salud, las organizaciones profesionales internacionales y las agencias gubernamentales en muchos países, reconocen la importancia del manejo del dolor como parte de la rutina en el cuidado del cáncer.

La frecuencia del dolor crónico es de 30% a 50% en los pacientes con cáncer que están bajo tratamiento activo para un tumor sólido y del 70% al 90% en aquellos con la enfermedad avanzada. El alivio adecuado puede ser logrado en aproximadamente un 90% de los pacientes a través de terapias con fármacos¹. Desafortunadamente, este resultado no siempre se logra tal cual. Esta situación puede ser remitida a problemas en diferentes niveles: deficiencia en el conocimiento clínico, una tendencia a dar prioridad al manejo de la enfermedad y subestimar el control de síntomas, pacientes con reportes inadecuados y sin adherencia al tratamiento e impedimentos estructurales en el sistema de salud para una terapia analgésica óptima. La actualización de información médica relacionada al dolor y el control de síntomas es esencial para cada clínico involucrado en el cuidado de pacientes con cáncer.

En México se desconocen los datos epidemiológicos en relación a la intensidad del dolor por cáncer, aunque las estadísticas señalan que el dolor depende de la naturaleza y el estadio de la enfermedad, con un comportamiento semejante a los porcentajes señalados anteriormente. Identificar y tratar la causa del dolor en enfermos con cáncer debe ser el primer paso en el tratamiento de esta manifestación. A pesar de la frecuencia del dolor relacionado con cáncer, este se trata a menudo de manera inadecuada en adultos y niños².

1.1 Evaluación del Dolor por Cáncer

La valoración inadecuada del dolor representa una barrera muy frecuente para un manejo efectivo del mismo. El manejo del dolor por cáncer depende de una valoración comprensiva de su fenomenología y patogénesis, la relación entre el dolor y la enfermedad, y el impacto del dolor y correlatos que pueden influir en la calidad de vida de un paciente. Una nomenclatura estándar y una aproximación multidimensional son componentes esenciales de una evaluación comprensiva.

El dolor es definido como "*una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial*"³. Esta definición contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la conceptualización del dolor: lo considera como algo subjetivo, otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro e invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial presentándolo como una experiencia compleja donde existen tres componentes o dimensiones:

- **Sensorial-discriminativa:** su función es transmitir la estimulación nociva y describir su intensidad y características espacio-temporales. Se trata de una primera codificación del dolor.
- **Motivacional-afectiva:** implica la vivencia del dolor como desagradable y aversivo, cualidades capaces de elicitar ansiedad y alteraciones de las respuestas emocionales del sujeto, así como motivar complejas conductas de escape y/o huida.
- **Cognitivo-evaluativo:** el papel que variables cognitivas (atención, sugestión, tipos de pensamiento, creencias, atribuciones) tienen sobre la experiencia del dolor, demuestra su capacidad de modular el funcionamiento del resto del sistema implicado en la percepción del dolor.

La toma de decisiones terapéuticas puede ser elaborada por inferencias acerca de la patología del dolor. Esta patofisiología puede ser dividida en *nociceptiva*, *neuropática*, categorías *idiopáticas* y *psicogénica*. El término *nociceptivo* es aplicado a dolores que presuntamente son mantenidos por daño tisular activo. El dolor *nociceptivo* es llamado *somático* cuando la activación es relacionada a nervios aferentes primarios en tejidos somáticos (hueso, articulaciones, músculos, etc.), y *visceral* cuando las vísceras aferentes son activadas por daño. Los dolores nociceptivos, tal como el dolor en hueso, son los más frecuentemente asociados con cáncer.

El dolor *neuropático* es aquel que se supone mantenido por procesos somatosensoriales anormales en el sistema nervioso central o periférico. Puede ser dividido en dolor por *desafereenciación* (como dolor central, dolor fantasma y

neuralgia posherpética), *mononeuropatías periféricas* y *polineuropatías*, y el *síndrome doloroso regional complejo* (distrofia simpática refleja o causalgia). Los síndromes de dolor neuropático pueden responder menos a opioides en comparación a los síndromes de dolor nociceptivo⁴. Otras terapias, incluyendo el uso de drogas analgésicas no tradicionales pueden ser requeridas.

El dolor *idíopático* es definido como aquel que persiste en la ausencia de un sustrato físico o psicológico. En las poblaciones médicas, es a menudo el primer signo de progresión oculta de la enfermedad.

El dolor *psicogénico* es un término referido a síndromes dolorosos sostenidos principalmente por factores psicológicos. La personalidad, estado de ánimo y desórdenes psiquiátricos concomitantes pueden influir enormemente en la percepción del dolor, por lo que la valoración psicológica es un objetivo fundamental en la evaluación del dolor

1.2 Síndromes Dolorosos

El reconocimiento de síndromes dolorosos puede complementar las inferencias acerca de la patofisiología y puede ayudar a identificar la etiología del dolor, la necesidad de una evaluación adicional y la elección de terapias específicas. Los síndromes dolorosos pueden ser agudos o crónicos y una de las distinciones principales en la caracterización del dolor es la existente entre estas dos clasificaciones. El dolor agudo, ordinariamente asociado a una causa específica y bien localizada, tiene una rápida aparición y un posterior mantenimiento a lo largo de un periodo más o menos largo hasta que la causa ha desaparecido. El dolor crónico, que puede iniciarse como el agudo, se diferencia esencialmente en que se mantiene un largo periodo de tiempo aún después de que se haya producido la curación y por tanto haya desaparecido la causa que lo producía.

En la población oncológica, los síndromes de dolor agudo son usualmente causados por intervenciones diagnósticas o terapéuticas (Tabla 1)⁵. Las fluctuaciones agudas del dolor son muy frecuentes entre aquellos con dolor crónico. Desde la mitad, hasta un tercio de los pacientes con dolor crónico bien controlado, experimentan dolores incidentales transitorios. Los síndromes de dolor crónico resultan primariamente del efecto directo de un neoplasma; otros están relacionados a la terapia o representan desórdenes no relacionados a la enfermedad o a su tratamiento. Los clínicos que manejan el dolor por cáncer deben ser capaces de reconocer los síndromes más comunes⁶.

Tabla 1.- Síndromes de dolor agudo en pacientes con cáncer

Debido a Procedimientos

Dolor agudo asociado con procedimientos diagnósticos

- Diagnóstico: ➤ Punción lumbar, biopsia de médula, paracentesis, etc.
- Terapéutico: ➤ Pleurodesis, embolización tumoral, nefrectomía, etc.
- Analgésico: ➤ Hiperalgesia por opioides, dolor posterior a Estroncio-89.

Dolor agudo asociado con terapias

- Quimioterapia: ➤ Quimioterapia intraperitoneal, mucositis orofaríngea, neuropatía periférica, etc.
- Terapia hormonal: ➤ Ginecomastia dolorosa, dolor inducido por hormonas, etc.
- Inmunoterapia: ➤ Artralgia y mialgia por Interferón e Interleukin.
- Radioterapia: ➤ Mucositis orofaríngea, enteritis y proctolitis, plexopatía braquial.

Debido al Neoplasma o Patología Relacionada

- Dolor agudo relacionado al tumor: ➤ Colapso vertebral, fracturas patológicas, obstrucción aguda de vísceras, hemorragias tumorales, etc.
- Dolor agudo asociado con infección: ➤ Mialgia y artralgia asociada con sepsis, dolor asociado con abscesos.

1.3 Síndromes de Dolor Nociceptivo Relacionados al Tumor

El dolor somático persistente puede ser debido a invasión neoplásica de hueso, articulación, músculo o tejido conectivo. Los síndromes de dolor en hueso son los más frecuentes. Las metástasis a hueso son a menudo sin dolor y los factores que distinguen una lesión dolorosa de una no dolorosa son poco entendidos. El dolor multifocal en hueso es usualmente causado por metástasis.

La médula es el sitio más común de metástasis a hueso y el dolor de espalda es un problema extremadamente común en la población con cáncer. Cualquier lesión neoplásica de las vértebras tiene el potencial de dañar la médula espinal y las raíces nerviosas, y producir compromisos neurológicos devastadores. Los patrones de dolor específicos (el dolor en aumento, picos de dolor o dolor radicular), los hallazgos neurológicos específicos (la radiculopatía), y los hallazgos radiológicos específicos (50% de colapso de un cuerpo vertebral), son causantes de compresión medular. La resonancia magnética es el método preferido para evaluar el espacio epidural. Los diagnósticos tempranos y el tratamiento de un tumor pueden prevenir déficit neurológicos. La compresión en médula espinal es un ejemplo de lo valioso que resulta el reconocimiento de un síndrome en la valoración del dolor por cáncer.

Los síndromes de dolor nociceptivo visceral pueden resultar de la obstrucción, infiltración o compresión de estructuras viscerales, incluyendo tejidos conectivos de soporte (Tabla 2). La mayoría de estos síndromes son fáciles de diagnosticar.

Tabla 2.- Síndromes de dolor crónico en pacientes con cáncer

	<i>Síndromes de Dolor Nociceptivo</i>	<i>Síndromes de Dolor Neuropático</i>
• Relacionados Tumor:	<ul style="list-style-type: none"> al > Síndromes de dolor en hueso y tejido suave/articulaciones. > Síndromes de dolor paraneoplásicos. > Involucración neoplásica de vísceras. 	<ul style="list-style-type: none"> > Mononeuropatías periféricas dolorosas. > Polineuropatías dolorosas. > Plexopatías. > Radiculopatías. > Compresión medular.
• Relacionados Tratamiento:	<ul style="list-style-type: none"> al > Osteonecrosis dolorosa. > Linfedema dolorosa. > Ginecomastía dolorosa. > Dolor abdominal crónico. > Dolor pélvico crónico inducido por radiación. 	<ul style="list-style-type: none"> > Síndrome doloroso neuropático posquirúrgico. > Síndrome doloroso posradioterapia. > Síndrome doloroso posquimioterapia.

1.4 Síndromes Dolorosos Neuropáticos Relacionados al Tumor

Los síndromes de dolor neuropático pueden ser causados por infiltración del tumor o compresión de nervios, plexo o raíces, o por los efectos remotos de malignidad en nervios periféricos (Tabla 2). Estos síndromes son muy variables. El carácter del dolor puede ser disestésico (sensaciones anormales de dolor como "quemaduras"), la localización puede estar en cualquier parte de la región dérmica inervada por la estructura neural dañada y la disfunción puede ser o no motriz, sensorial o autonómica.

1.5 Síndromes Dolorosos Relacionados al Tratamiento

Los síndromes de dolor crónico pueden estar relacionados a terapias antineoplásicas. El dolor nociceptivo relacionado a quimioterapia, radioterapia o cirugía parecen ser poco comunes (Tabla 2). La radiación o quimioterapia basada en corticosteroides puede producir osteonecrosis de huesos y después de quimioterapia intraperitoneal o radioterapia abdominal puede producir dolor crónico visceral. Estos síndromes pueden simular dolor relacionado al tumor y la exclusión de recurrencia constituye un importante reto.

La mayoría de los síndromes dolorosos postratamiento son neuropáticos. Los factores que predisponen al dolor neuropático después de una lesión nerviosa son desconocidos. Cualquier incisión quirúrgica puede inducir un síndrome doloroso neuropático. Por ejemplo, el síndrome posmastectomía, el cual puede ser precipitado por daño al nervio intercostobraquial causando una sensación quemante en la zona media del brazo posterior, la axila, etc. Este dolor no está asociado con recurrencia tumoral. En contraste, el dolor persistente o recurrente después de una toracotomía puede estar relacionado al tratamiento, pero usualmente se relaciona al neoplasma.

La fibrosis inducida por radiación puede causar daño nervioso periférico. El dolor neuropático crónico resultante aparece meses después del tratamiento. Contrario al daño nervioso relacionado a neoplasmas, el dolor es menos prominente y lentamente progresivo, y a menudo es asociado con debilidad, desórdenes sensoriales, cambios en la piel y linfedema.

Las disestesias dolorosas, parestesias, calambres, piernas cansadas, síntomas asociados con debilidad leve, pérdida sensorial y disfunción autonómica, pueden suceder al tratamiento con quimioterapia neurotóxica (Vincristina, Cisplatino y Paclitaxel). Aunque la mayoría de los pacientes reportan un mejoramiento gradual después de que la terapia es descontinuada, algunos desarrollan una polineuropatía dolorosa y persistente.

1.6 Tratamiento del Dolor por Cáncer

El tratamiento exitoso del dolor por cáncer requiere el uso de terapias que son consistentes con la etiología del dolor, el estado médico del paciente y los objetivos de cuidado. Aunque la principal aproximación para el manejo del dolor por cáncer es la farmacoterapia basada en opioides, cada paciente debe ser considerado en un rango potencial de estrategias, incluyendo intervenciones orientadas a la enfermedad (radiación y quimioterapia) y otras técnicas analgésicas.

1.6.1 Radiación y quimioterapia

La radioterapia es una modalidad indispensable en la paliación del cáncer. Comúnmente es utilizada para control del dolor. Su rol es incuestionable en el manejo de metástasis óseas y sus respuestas usualmente son en un 70% a 80% independientes de la histología del tumor⁷. La analgesia puede ocurrir cuando la radiación es dada para otros propósitos, como el tratamiento para la enfermedad epidural⁸, control de ulceración tumoral, manejo de metástasis cerebrales, obstrucción de vena cava superior y obstrucción bronquial.

El rol paliativo de la quimioterapia se ha citado en muchos estudios, pero raramente como interés principal. Los efectos analgésicos han sido poco estudiados. La US/FDA aprobó hace tiempo dos drogas quimioterapéuticas (Gemcitabine y Mitoxantrona) para el alivio sintomático del dolor en el cáncer de páncreas y próstata, respectivamente⁹. Respuestas analgésicas dramáticas ocurren cuando la quimioterapia proporcionada para el control de la enfermedad termina reduciendo la masa tumoral¹⁰.

Al considerar terapia antineoplásica paliativa, la toxicidad anticipada y la habilidad del paciente para tolerar el tratamiento tiene una enorme importancia. Uno de los mejores indicadores de la habilidad del paciente para tolerar una quimioterapia es su rendimiento; por ejemplo, un rendimiento menor al 50% en la Escala de Karnofsky usualmente predice pobres resultados. La histología del tumor, el historial terapéutico anterior del paciente y la historia natural de la enfermedad, representan otras consideraciones importantes en el proceso de decisión.

1.6.2 Opioides

Los opioides pueden proporcionar un adecuado alivio del dolor en más de tres cuartas partes de los pacientes con cáncer. Esto justifica su uso como terapia de primera línea para pacientes con dolor moderado a severo en cáncer. Muchos pacientes con dolor leve responden adecuadamente a drogas no opioides, donde estas son consideradas inicialmente en estos casos. Ya que la respuesta a opioides es altamente individual, cambios secuenciales (también llamados rotación de opioides) pueden ser necesarios para identificar la droga que presente más adecuadamente el balance entre analgesia y efectos colaterales. La *Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud* (Figura 1) es ampliamente aceptada como base para estos tratamientos¹¹.

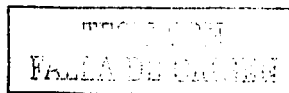
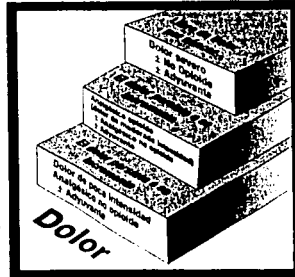


Figura 1.- Escalera Analgésica de la OMS

Aunque la ruta oral es usualmente preferida para la terapia con opioides, otras rutas resultan necesarias por diversas razones incluyendo disfagia, función gastrointestinal deteriorada y no adherencia con agentes orales. El consumo de opioides puede lograrse mediante otras vías incluyendo la ruta transdermal, infusión intravenosa o subcutánea e infusión intratecal¹². El esquema de dosis puede ser modificado según sea requerido por el paciente, esto ante la presencia de dolor recurrente o continuo. Una dosis de "rescate" es usualmente combinada con el régimen establecido para el tratamiento de dolor incidental o fuera de dosis.

La máxima eficacia de un opioide específico es determinado por el desarrollo de efectos colaterales intolerables durante el tratamiento. Además, el manejo de efectos colaterales es fundamental en la terapia, mejorando potencialmente el balance entre analgesia y toxicidad, y también permitiendo el uso de dosis más efectivas. Los efectos colaterales más comunes son desórdenes gastrointestinales (constipación, náusea, vómito) y disfunción neuropsicológica. Muchos tratamientos para el manejo de efectos colaterales de opioides se han propuesto en la literatura de cuidados paliativos¹³.

1.6.3. Analgésicos no opioides y adyuvantes

El manejo efectivo del cáncer puede requerir el uso de otra clase de analgésicos. Los analgésicos no opioides incluyen acetaminofen y los anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs). Los analgésicos adyuvantes son drogas con una indicación alterna al dolor, pero que son analgésicos ante ciertas circunstancias. El acetaminofen y los AINEs producen efectos analgésicos dependientes de la dosis y poseen relaciones caracterizadas por una dosis efectiva mínima y una dosis "techo" en analgesia. Existe gran variación individual en las dosis efectivas mínimas, dosis tóxicas y dosis "techo". Dada la variabilidad en la dosis efectiva mínima y la dosis "techo", siempre se debe partir de una dosis relativamente baja.

Los AINEs parecen tener una mejor eficacia en el dolor relacionado a un proceso inflamatorio y dolor en huesos, y una relativa pobre eficacia en dolor neuropático. Para algunos pacientes, puede ser muy útil y deberían ser considerados en coadministración con opioides. El uso de AINEs es limitado por sus efectos colaterales y preocupaciones sobre toxicidad renal y gastrointestinal. La utilidad de estas drogas mejoró con la presencia de inhibidores selectivos de la ciclooxygenasa-2, con una escasa toxicidad renal y gastrointestinal¹⁴.

Los analgésicos adyuvantes incluyen numerosas drogas en clases diversas. En la población con cáncer, estas drogas son administradas después de que la terapia con opioides ha sido optimizada. Los corticosteroides son drogas con usos múltiples y se utilizan usualmente en pacientes con enfermedad avanzada para mejorar el dolor, anorexia, náusea, etc. Muchos otros analgésicos adyuvantes incluyendo antidepresivos, anticonvulsivantes y anestésicos locales orales son utilizados para dolor neuropático que no responde adecuadamente a un opioide¹⁵.

Otros analgésicos adyuvantes son utilizados para manejar dolor maligno en hueso refractario a opioides. Estos incluyen bifosfonatos, drogas radiofarmacológicas y calcitonina. El dolor asociado con obstrucción intestinal maligna puede ser difícil de tratar. Las drogas anticolinérgicas y los corticosteroides pueden ser drogas adyuvantes útiles que pueden reducir tanto el dolor como el vómito¹⁶.

1.6.4. Otras técnicas analgésicas

Para los pacientes que no responden satisfactoriamente a terapia de opioides, se deben considerar otras estrategias (Figura 2 y Tabla 3). Estas estrategias pueden incluir otras aproximaciones farmacológicas o intervenciones no farmacológicas tales como el bloqueo de nervios, procedimientos quirúrgicos o terapias psicológicas.

Figura 2.- Estrategias en el manejo del dolor por cáncer

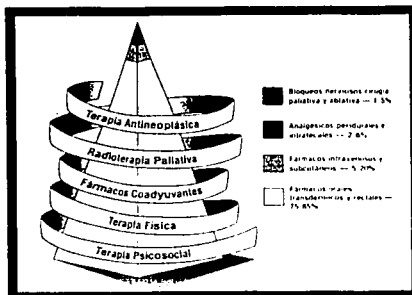


Tabla 3.- Intervenciones analgésicas y/o relacionadas que pueden ser efectivas como terapias primarias o adyuvantes en pacientes con dolor por cáncer

Intervención	Tipo	Ejemplos
• Técnicas Invasivas:	➤ Infusión neuraxial.	➤ Opiode epidural o intratecal. ➤ Anestésico local intraespinal continuo.
	➤ Bloqueo neural temporal.	➤ Terapias intratecales nuevas.
	➤ Bloqueo neurolítico.	➤ Bloqueo de nervios somáticos. ➤ Bloqueo de nervios simpáticos.
	➤ Inyecciones miofasciales.	➤ Bloqueo de nervios somáticos. ➤ Bloqueo aferente visceral.
• Técnicas Quirúrgicas:	➤ Neurolisis quirúrgica.	➤ Cordotomía u otras lesiones en el cerebro y médula espinal. ➤ Neurolisis de nervios periféricos o raíces.
	➤ Infusión neuraxial.	➤ Opioides intraventriculares.
• Técnicas Neuroestimulantes:	➤ Superficial.	➤ Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea.
	➤ Invasiva.	➤ Acupuntura. ➤ Estimulación en columna dorsal. ➤ Estimulación cerebral profunda.
• Técnicas Físicas	➤ Ejercicios terapéuticos. ➤ Modalidades.	➤ Terapia física. ➤ Calor o frío.
• Técnicas Psicológicas	➤ Terapia cognitivo-conductual.	➤ Reestructuración cognitiva. ➤ Autorregulación. ➤ Relajación. ➤ Distracción.

Los bloqueos neurales con un anestésico local pueden ser utilizados para propósitos diagnósticos, de pronóstico y terapéuticos. Los dolores focales en músculos o tejidos conectivos asociados con puntos gatillo, mejoran con inyecciones de anestésicos locales en el área afectada. La neurectomía con fenol o alcohol es considerada cuando una intervención no destructiva no es posible o haya fallado; el dolor es bien localizado y el bloqueo no comprometerá funciones importantes.

Las técnicas neuroquirúrgicas dirigidas contra estructuras del sistema nervioso central o periférico, pueden beneficiar a pacientes con dolor refractario por cáncer. La cordotomía es la que más se usa. Las técnicas neuroestimulantes son relativamente no invasivas (TENS y acupuntura) o invasivas (estimulación de la columna dorsal). El sustento para estas intervenciones sólo parte de anécdotas. Las terapias físicas, incluyendo modalidades (medicina diatérmica y crioterapia) y los ejercicios terapéuticos también tienen efectos analgésicos. De igual manera, el sustento para estas intervenciones es anecdótico.

La mayoría de los pacientes se adaptan eventualmente a los desórdenes emocionales y psicológicos asociados con el cáncer y responderán adecuadamente al apoyo e información adecuada. Para otros, la ayuda de un profesional en salud mental será necesaria. Las intervenciones psicológicas pueden aminorar el dolor y mejorar el enfrentamiento ante el mismo. Las intervenciones cognitivo-conductuales y educativas están apoyadas por una extensa experiencia clínica y son particularmente útiles en abordar la manera en que los pacientes perciben el dolor y tratamientos.

Las técnicas psicológicas sirven como adyuvantes al tratamiento médico para mejorar el alivio del dolor en pacientes con cáncer; estas técnicas requieren que los pacientes participen en su cuidado, voluntariamente estén interesados en ello y que sean capaces de mantener una adecuada atención para recibir, seguir y proporcionar retroalimentación. Estas técnicas funcionan mejor desde que el dolor se instala en el paciente y cuando éste se encuentra motivado, no excesivamente fatigado y sin distracción por dolor severo. Cuando son introducidas tempranamente, estas técnicas pueden optimizar la efectividad de un tratamiento médico.

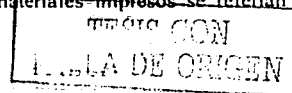
1.7 Aproximaciones Psicológicas en el Dolor por Cáncer

El 90% de los pacientes con cáncer pueden manejar su dolor con intervenciones médicas relativamente simples¹⁷. Sin embargo, en realidad menos del 50% experimentan un alivio efectivo del dolor¹⁸. Para entender esta discrepancia en el manejo del dolor, algunos factores psicosociales se han abordado en la literatura. Mientras que algunos investigadores se han enfocado en las limitaciones relacionadas a los profesionales y sistemas de salud (por ejemplo, un énfasis en prolongar la vida o curar, más que en aliviar el sufrimiento)^{17,19}, otros han identificado algunos puntos correspondientes a los pacientes mismos^{20,21}. Los pacientes experimentan dificultades al valorar y comunicar su dolor, se niegan a reportar el mismo, tienen expectativas limitadas sobre su alivio y generalmente desconocen las diferentes terapias. Aún cuando el dolor es abordado médicamente, los pacientes no se adhieren al tratamiento debido a preocupaciones sobre tolerancia y/o adicción a las drogas, efectos colaterales y depresión respiratoria.

De todos los factores psicosociales, un deterioro en el bienestar subjetivo (expresado usualmente por ansiedad y depresión), es el que se ha presentado consistentemente como predictor de los niveles de dolor en el paciente. Spiegel y Bloom²² encontraron que el sitio de metástasis en la mujer con cáncer avanzado de mama no estaba asociado con el dolor; más bien, el deterioro en el bienestar subjetivo y la creencia de que el dolor indicaba un empeoramiento de su condición, fue un predictor en el reporte de dolor. Similarmente, Daut y Cleeland²³ encontraron que los pacientes con cáncer que atribuían su dolor a otra causa no relacionada al cáncer, reportaron menos interferencia con actividades diarias y de esparcimiento. Además, Ahles et al²⁴ compararon pacientes oncológicos con y sin dolor, y demostraron que los pacientes con dolor puntuaban más alto en medidas de depresión, ansiedad, hostilidad y somatización. Por lo tanto, la atención a las variables psicosociales en el paciente con cáncer a través de intervenciones no farmacológicas, proporciona un derrotero adicional y viable para el tratamiento del dolor relacionado al cáncer.

1.7.1 Educación para la salud

Los esfuerzos educativos han intentado incitar a los pacientes a que participen activamente en las estrategias del control del dolor. Desafortunadamente, sólo unos pocos estudios empíricos han considerado el rol de la educación en el cambio de las actitudes y creencias de los pacientes acerca del manejo del dolor. Rimer et al²⁰ investigaron los efectos de un programa de educación al paciente de 15 minutos. Los materiales impresos se referían a temas



farmacológicos que eran individualizados y discutidos con los pacientes. Un mes después, los resultados indicaron que los miembros del grupo de intervención tendían significativamente a tomar los medicamentos en el horario y dosis correcta, y solían menos a dejar de tomar el medicamento cuando se sentían mejor. Mientras que ambos grupos experimentaron de igual manera los efectos colaterales de la medicación, el grupo experimental creía más que los efectos colaterales pueden ser prevenidos y que poseían cierto control personal sobre la experiencia de dolor. Más aún, los participantes de la intervención presentaban menos temor acerca de las posibilidades de tolerancia y adicción. No hubo diferencias significativas en el reporte de alivio del dolor, aunque después hubo una tendencia en los participantes experimentales a reportar menos dolor. De hecho, el 44% de los sujetos en el grupo de intervención se reportaron sin dolor o con dolor leve, comparados con el 24% de los sujetos en el grupo control.

En la década pasada, los expertos del dolor descubrieron que una combinación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, proporcionan un manejo más efectivo del dolor^{25,17,26,27}. Los reportes de casos subsecuentes y los diferentes estudios empezaron a incorporar múltiples componentes en el proceso educativo. Los programas actuales intentan proporcionar educación acerca de los principios básicos en la valoración y control del dolor e intervenciones farmacológicas y tratamiento no farmacológicos^{28,21}. En cuanto a la valoración del dolor, las escalas de clasificación del dolor pueden ser fácilmente entendidas por los pacientes. Las escalas de clasificación del dolor son escalas tipo Likert con un rango de 0 (indicando "Sin dolor") a 10 ó 100 (indicando "El peor dolor posible"). Estas escalas de dolor se han identificado como confiables y clínicamente útiles para que los pacientes etiqueten y comuniquen su dolor²⁹.

Otro instrumento útil es el diario de dolor que registra la fecha y hora de la experiencia dolorosa, severidad del dolor, deterioro en el bienestar subjetivo debido al dolor, acciones tomadas y severidad del dolor después de una hora²⁸. Tal herramienta proporciona información concerniente a los patrones y la efectividad del programa de manejo del dolor. La educación farmacológica debe incluir información diseñada para refutar temores sobre adicción a las drogas, tolerancia, efectos colaterales y depresión respiratoria. También debe ser útil para discutir el control médico de las complicaciones tales como la náusea y constipación. Informar a los pacientes con cáncer acerca de los efectos colaterales del tratamiento, no ha llevado a que incremente la ocurrencia de estos efectos colaterales o que tengan otras consecuencias negativas³⁰. Finalmente, la educación acerca de intervenciones no farmacológicas debe enfatizar la importancia de estas modalidades como un adyuvante al alivio efectivo del dolor.

Dos estudios recientes evaluaron la efectividad de este tipo de educación con multicomponentes. Ferrell et al²⁸ implementaron una intervención en tres sesiones separadas e incluyeron instrucciones verbales, escritas y audiograbadas para maximizar el aprendizaje. El deterioro en el bienestar subjetivo, los medicamentos para el tratamiento del cáncer y el dolor, fueron los temas a discutir^{18,27}. Como resultado, los autores han sugerido que la información dosificada y enseñada bajo múltiples modalidades educativas, puede reducir la interferencia del aprendizaje³¹. Adicionalmente, los autores de este estudio proporcionaron el programa de dolor a miembros de la familia que eran cuidadores primarios de los pacientes. Debido a que el manejo del dolor se basa actualmente en pacientes ambulatorios^{21,32}, los miembros de la familia juegan un rol integral en el cuidado del paciente. Estos frecuentemente vigilan la administración de medicamentos y de cualquier terapia adyuvante. Ya que los miembros de la familia también pueden carecer del conocimiento y poseer malentendidos con respecto al dolor por cáncer y su control, estos deben estar incluidos en cualquier intervención educativa.

Consistentes con hallazgos pasados, los resultados del estudio de Ferrell indicaron que los sujetos de intervención reportaron un incremento en el conocimiento y uso de medicación, así como un decremento en el temor de la adicción. Los niveles de ansiedad se redujeron y la calidad de sueño aumentó. Más importante aún, los sujetos en el estudio mostraron un decremento en la intensidad de dolor y en la percepción de la severidad del mismo. También reportaron actitudes positivas hacia las técnicas no farmacológicas y utilizaron métodos tales como calor y masajes para reducir los niveles de dolor. Los resultados en los cuidadores primarios reportaron cambios positivos similares y significativos en cuanto a conocimiento, incluyendo una reducción en el temor de adicción y depresión respiratoria. En suma, los cambios fueron notados en las conductas de los cuidadores primarios, tales como la provisión de dosis adecuadas de medicación en los pacientes bajo horarios establecidos.

Más recientemente, de Wit et al²¹ evaluaron un programa de dolor que seguía una estructura similar y un formato individualizado como el estudio de Ferrell. Sin embargo, en este estudio los cambios fueron medidos a través del tiempo y las diferencias entre los participantes fueron analizadas más detalladamente. Primero, los pacientes fueron elegidos recibiendo o no atención domiciliaria y fueron asignados aleatoriamente a cualquier intervención (ejemplo,

educación para la salud) o a una condición control. Los resultados indicaron que el programa de educación para el dolor fue efectivo al mejorar el conocimiento y las actitudes sobre el dolor a través del tiempo. De nuevo, los cambios fueron notados con relación a los malentendidos sobre las drogas y al uso regular de medicación como un medio efectivo para controlar el dolor por cáncer. Mientras que los participantes de la intervención reportaron menos dolor que los sujetos en grupo control, este decremento fue observado primeramente en aquellos que no recibían atención primaria. Los autores concluyeron que los pacientes con atención domiciliaria experimentaban problemas de dolor más complejos. Esta diferencia entre pacientes con y sin atención domiciliaria, indica que las mejoras en el conocimiento del dolor no es la única variable responsable para un decremento en la intensidad del mismo. Por lo tanto, para aquellos con un dolor más complejo, la educación por sí sola puede no ser suficiente. Intervenciones más rigurosas como la terapia cognitivo-conductual, en combinación con farmacoterapia y educación, pueden ser necesarias para un alivio adecuado del dolor. Para asegurar la transmisión apropiada, uso y éxito de la valoración y tratamiento del dolor, la educación debe empezar cuando los analgésicos estén garantizados en el cuidado del paciente y antes de que las actividades cotidianas declinen significativamente.

1.7.2 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual es otro modelo teórico que ha sido empleado en el tratamiento del dolor por cáncer. Esta es practicada en diferentes formatos con sesiones grupales o individuales; el modelo cognitivo-conductual sugiere que los síntomas de distrés físico y mental son parcialmente una consecuencia de pensamientos, emociones y conductas mal adaptadas^{33,34}. Por lo tanto, esta perspectiva se enfoca en reconocer y modificar los pensamientos, emociones y conductas que contribuyen al distrés físico y emocional.

Algunos investigadores han adaptado la perspectiva cognitivo-conductual al tema de dolor por cáncer^{34,35}. Se reconoce que el dolor por cáncer contiene un componente objetivo (la percepción del estímulo doloroso), donde el componente subjetivo del dolor es elaborado por pensamientos irracionales o conductas que generan estados emocionales exagerados e incrementan la percepción del dolor. La intervención intenta modificar conductas y cogniciones o una combinación de ambos. Al modificar pensamientos y/o conductas de una manera positiva, se presume que las emociones y el estado de dolor son similarmente afectados. La intervención cognitivo-conductual está compuesta de numerosas técnicas que pueden ser utilizadas individual o colectivamente en un tratamiento. Las estrategias conductuales incluyen relajación muscular progresiva, entrenamiento en relajación e hipnosis. Las estrategias cognitivas incluyen imaginación guiada, entrenamiento autógeno, distracción, reestructuración cognitiva, autodiscursos de afrontamiento y solución de problemas (Tabla 4).

Las estrategias cognitivo-conductuales han sido practicadas extensivamente en el tratamiento de náusea y vómito relacionado a la quimioterapia³⁶. Sin embargo, con el advenimiento de nuevas drogas antieméticas, la náusea es ahora mejor controlada y estas técnicas son menos utilizadas³². El tratamiento cognitivo-conductual también tiene una historia sólida con los síndromes de dolor crónico³⁶, donde la literatura sobre el dolor por cáncer se ha desarrollado lentamente. Una de las técnicas ampliamente utilizadas para el dolor por cáncer es la hipnosis.

En un estudio realizado por Spiegel, los participantes de la intervención que experimentaban dolor fueron divididos posteriormente para examinar los efectos de la hipnosis. La mitad de los sujetos de la intervención fueron asignados a la condición de terapia grupal y el resto de los sujetos en tratamiento recibieron terapia grupal más un ejercicio de hipnosis de 5 a 10 minutos para el control del dolor. Los resultados a un año revelaron que los miembros de la intervención que recibieron psicoterapia de grupo más hipnosis, reportaron menos sensación de dolor que aquellos que recibieron solamente terapia grupal. Las diferencias entre la intervención y los grupos control fueron significativas, indicando que la adición de un procedimiento de hipnosis puede producir un efecto acumulativo en la reducción del dolor por cáncer.

En otro estudio de Syrjala et al³⁷, los pacientes oncológicos con dolor por mucositis oral después de un trasplante de médula ósea, fueron asignados aleatoriamente a uno de cuatro grupos: (1) tratamiento de rutina, (2) control atencional del terapeuta, (3) hipnosis (ejemplo, relajación e imaginación de naturaleza visual, auditiva y kinestésica), y (4) programa de habilidades cognitivo-conductuales. Las habilidades cognitivo-conductuales incluían relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, distracción, autodiscurso de afrontamiento, solución de problemas, exploración de las interpretaciones del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento, y educación para la salud específica a dolor por trasplante. Sin embargo, la imaginación guiada fue excluida del programa de habilidades cognitivo-conductuales.

Tabla 4.- Definiciones de la estrategias cognitivo-conductuales

Nombre de la Técnica	Descripción
• Relajación muscular progresiva	➤ Tensión activa y relajación de varios grupos de músculos, uno a la vez, para diferenciar entre el músculo y su estado de tensión o estado cotidiano, y el músculo en su estado objetivo de relajación.
• Relajación	➤ Relajación en la cual la atención e imaginación están enfocadas en la disipación de tensión en grupos sucesivos de músculos.
• Hipnosis	➤ Lograr un intenso estado de relajación o trance y recibir sugerencias para alterar las sensaciones, conductas, emociones y pensamientos.
• Imaginería guiada	➤ Utilizar imágenes mentales, usualmente de naturaleza neutral o positiva en la cual la persona es llevada a través de una escena particular. La imaginería debe ser visual, auditiva, kinestésica o una combinación de éstas. Frecuentemente utilizada en combinación con relajación o hipnosis.
• Entrenamiento autógeno	➤ Enfocarse en estados corporales internos y transformar las sensaciones a través de imaginería (ejemplo, una sensación de dolor es imaginada en vez de una sensación desagradable como una sensación tibia).
• Distracción	➤ Alejar la atención de la sensación de dolor hacia un estímulo neutral o placentero.
• Reestructuración cognitiva	➤ Monitorear y evaluar los patrones de pensamientos negativos en un esfuerzo para crear cogniciones más realistas y adaptativas.
• Autodiscurso de afrontamiento	➤ Declarar afirmaciones positivas específicas tales como "Yo puedo hacer esto" o "Soy lo suficientemente fuerte para manejar esto".
• Solución de problemas	➤ Reconocimiento de un problema y generación de posibles soluciones utilizando un análisis de costo-beneficio.

Los pacientes asignados a la hipnosis y al programa de habilidades cognitivo-conductuales, participaron en dos sesiones verbales de entrenamiento individualizado antes del procedimiento de trasplante y recibieron instrucciones escritas y audiograbadas para practicar sus habilidades antes de la admisión al hospital. Se proporcionaron sesiones de terapia dos veces a la semana durante las primeras 5 semanas de hospitalización para reforzar el entrenamiento. Los pacientes en el control de atención del terapeuta, estuvieron con un profesional de salud mental para discutir puntos generales y no relacionados al dolor durante la misma cantidad de tiempo y sesiones que los grupos de hipnosis y habilidades cognitivo-conductuales.

Los resultados indicaron que únicamente el grupo de hipnosis reportó menos dolor significativo postrasplante, en comparación con los grupos control. Esto se dio particularmente durante la semana dos y tres postrasplante. El dolor reportado en el grupo de hipnosis fue más bajo en intensidad y de duración más corta. No hubo diferencias entre los cuatro grupos en términos de uso de opioides, indicando que el reporte de reducción del dolor en el grupo de hipnosis no estuvo en función de medicación adicional para el dolor. Así como los autores indican, la superioridad del grupo de hipnosis sobre el programa de habilidades cognitivo-conductuales implica que el componente de imaginería guiada pudo influir en la efectividad del tratamiento.

Sin embargo, este resultado pudo estar asociado por el grado extraordinario de dolor asociado con mucositis oral y trasplante. En apoyo de esto, los artículos comentan que los pacientes que recibieron el programa de habilidades cognitivo-conductuales empezaron a ausentarse de las sesiones. Aquellos pacientes entrenados en hipnosis no desertaron de la intervención, pero requerían de imaginería activa para mantenerse involucrados. Por lo tanto, los pacientes que experimentan niveles severos de dolor, pueden requerir de un programa de manejo de intensa

distracción tales como la imagería guiada. Adicionalmente, la escasez de éxito del programa de habilidades cognitivo-conductuales se pudo deber a la gran cantidad de técnicas utilizadas, lo cual pudo haber sobrepasado la capacidad de manejo en los pacientes en un periodo de tiempo tan corto.

En un estudio subsiguiente de estos investigadores³⁸, los pacientes con trasplante de médula ósea fueron de nuevo asignados a diferentes condiciones: (1) tratamiento usual, (2) apoyo terapéutico (con un componente de educación para la salud, pero sin entrenamiento en nuevas habilidades de afrontamiento), (3) relajación, imagería y entrenamiento autógeno (erróneamente llamado hipnosis en el estudio mencionado anteriormente), y (4) un programa de habilidades cognitivo-conductuales. Esta vez, el programa de técnicas cognitivo-conductuales fue más específico: incluía un programa de relajación proporcionado al grupo 3, así como técnicas de autodiscurso de afrontamiento, distracción y solución de problemas.

El entrenamiento en relajación en este estudio fue un duplicado del procedimiento de hipnosis en el estudio mencionado anteriormente. Apparently, los autores utilizaron una etiqueta o nombre diferente para incrementar la aceptación de los pacientes. Existen ciertas inconsistencias en la terminología de la literatura, con investigadores nombrando procedimientos idénticos de forma diferente. De acuerdo a Jay et al³⁹, esto no sólo se ha debido a la resistencia de los pacientes, sino también a una pobre definición de los términos y estandarización de los procedimientos, confundiendo técnicas entre sí (ejemplo, "relajación con imagería guiada" e "hipnosis") por lo que los resultados en los estudios son difíciles de comparar. Como consecuencia, las estrategias con imagería guiada e hipnosis en el dolor por cáncer, no han probado ser diferentes empíricamente hablando⁴⁰.

El análisis de datos en el segundo estudio de Syrjala revela que los pacientes en el entrenamiento grupal de relajación/imagería/entrenamiento autógeno y en el grupo de habilidades cognitivo-conductuales, reportan significativamente menos dolor que aquellos en el grupo control con el tratamiento usual. Sin embargo, no hubo diferencias entre el grupo de entrenamiento en relajación/imagería/hipnosis y el grupo del programa en habilidades cognitivo-conductuales, esto en términos de intensidad de dolor. Por lo tanto, los hallazgos indican que la adición de técnicas cognitivo-conductuales al entrenamiento en relajación/imagería/hipnosis, no reduce posteriormente los niveles de dolor. Además, aquellos participantes que recibieron apoyo terapéutico también reportaron menos dolor que los del grupo control con tratamiento usual.

Sin embargo, la diferencia fue sólo una tendencia, más no refleja un efecto estadísticamente significativo. De nuevo, no se detectaron diferencias entre grupos en términos del uso de opioides. Como el deterioro en el bienestar subjetivo fue medido únicamente antes del trasplante, no hay datos disponibles para examinar cambios en esta variable durante y después de la intervención. Sin embargo, los autores reportan que el deterioro en el bienestar subjetivo anterior al trasplante, se identificó como un predictor significativo de reportes de dolor subsiguientes y uso de opioides.

Otro estudio supone la idea de que la relajación e imagería guiada producen efectos significativos en el dolor por cáncer. Sloman et al⁴¹ asignaron aleatoriamente a pacientes con cáncer que experimentaban dolor a una de tres condiciones en un régimen de 2 semanas: (1) cuidados de rutina (condición control), (2) relajación muscular progresiva e imagería guiada por audio, o (3) relajación muscular progresiva e imagería guiada con instrucciones en vivo por parte de una enfermera. Los sujetos con audio e intervención en vivo recibieron dos sesiones semanales de relajación e imagería y se les pidió practicar dos veces al día. En comparación al grupo control, los resultados indican que ambos grupos de intervención reportaron una reducción significativa en la intensidad y severidad del dolor. El grupo de instrucción en vivo también reportó menos sensación de dolor en comparación al grupo control, indicando que la intervención en vivo conlleva a beneficios adicionales. Por último, los participantes en los grupos de audio e instrucción en vivo requirieron menos medicación no opioide en comparación al grupo control.

La investigación psicológica indica que la relajación con imagería guiada (ejemplo, hipnosis), es un tratamiento efectivo para el alivio del dolor. De hecho, en un meta-análisis que examinaba el dolor por cáncer, las intervenciones con relajación producían consistentemente un efecto positivo y duradero en el dolor por cáncer⁴². Sin embargo, el análisis no comparó la relajación con o sin imagería. La información es menos clara en la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales sin el beneficio de la relajación con imagería. Las características y resultados de todos estos estudios mencionados se pueden ver en la **Tabla 5**. Se necesita de más investigación para delinear los efectos de estas técnicas en dolor relacionado al cáncer. Un meta-análisis de estrategias cognitivo-conductuales para dolor de origen no oncológico encontró que estas técnicas fueron efectivas⁴³, donde estos estudios tenían como características

Tabla 5.- Resumen de las características y resultados de los estudios aleatorizados controlados

<i>Autores</i>	<i>Diseño del Estudio</i>	<i>Resultados Significativos</i>
• Rimer et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=230, cáncer mixto. ➤ Dos grupos: experimental y control. ➤ Una sesión individual, 15 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incremento en el conocimiento de ingesta de medicamentos en horarios y dosis correctas. ➤ Decremento en el detener la medicación al sentirse mejor, temor de tolerancia y adicción.
• Ferrell et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=40 pacientes (cáncer mixto) y miembros de la familia. ➤ Diseño de Cuatro Grupos de Solomon: 2 experimentales y 2 control. ➤ Tres sesiones (ya sea individual o junto al cuidador primario). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Pacientes</u>: incremento en el conocimiento sobre la medicación para el dolor, uso de fármacos para el dolor y en sueño. ➤ Decremento en el temor de adicción, intensidad del dolor, severidad del dolor y ansiedad. ➤ <u>Cuidadores primarios</u>: incremento en proporcionar medicación consistentemente y en dosis correctas. ➤ Decremento en el temor de adicción y temor de depresión respiratoria.
• De Wit et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=313, cáncer mixto. ➤ Cuatro grupos: experimental con o sin atención domiciliaria, control con o sin atención domiciliaria. ➤ Una sesión individual + 2 llamadas telefónicas, 60-90 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incremento en el conocimiento del dolor (toma de medicamentos en horarios y dosis correctas). ➤ Decremento en el temor de adicción e intensidad de dolor para aquellos sin atención domiciliaria.
• Spiegel et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=86, cáncer de mama metastático. ➤ Dos grupos: experimental y control. ➤ Cincuenta y dos sesiones grupales, 90 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decremento en ansiedad, depresión, fatiga, confusión, fobias y respuestas negativas de afrontamiento. ➤ Incremento en el vigor.
• Spiegel y Bloom	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=54, pacientes con cáncer de mama y dolor. ➤ Tres grupos: psicoterapia de apoyo, psicoterapia de apoyo + hipnosis, control. ➤ Cincuenta y dos sesiones grupales, 90 minutos de psicoterapia de apoyo, 5-10 minutos de hipnosis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Grupo de psicoterapia de apoyo + grupo de psicoterapia de apoyo + hipnosis</u>: decremento en la sensación de dolor y sufrimiento, en comparación al grupo control. ➤ <u>Grupo de psicoterapia de apoyo + hipnosis</u>: decremento en la sensación de dolor comparado con el grupo de sólo psicoterapia de apoyo y grupo control.
• Syrjala et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=67, receptores de trasplante de médula ósea. ➤ Cuatro grupos: tratamiento usual (control), apoyo terapéutico (control), hipnosis (imaginaria) y habilidades cognitivo-conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Grupo de hipnosis</u>: decremento en el dolor, comparado con los grupos control.
• Syrjala et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=94, receptores de trasplante de médula ósea. ➤ Cuatro grupos: tratamiento usual (control); apoyo terapéutico (control), relajación + imaginaria, programa de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Grupo de relajación + imaginaria; grupo cognitivo-conductual</u>: decremento en el dolor en comparación al grupo control.
• Sloman et al	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N=60, cáncer mixto. ➤ Tres grupos: control, relajación en vivo, relajación + imaginaria por audio. ➤ Cuatro sesiones individuales en dos semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Grupo en vivo y grupo por audio</u>: decremento en la intensidad del dolor, en la severidad del dolor en una semana y en la ingesta de analgésicos no opioides, en comparación al grupo control. ➤ <u>Grupo en vivo</u>: decremento en la sensación del dolor comparado con el grupo control.

adicionales el hecho de haber abordado conceptual y operacionalmente otros factores psicológicos relevantes al tratamiento psicológico del dolor, en este caso las atribuciones causales y creencias acerca del dolor⁴⁴, locus de control⁴⁵ y autoeficacia⁴⁶. En el contexto de este trabajo se abordaron implícitamente todos estos factores cognitivos de relevancia; sin embargo, no se muestra una conceptualización y operacionalización de los mismos, lo cual implica que además de una mayor investigación para identificar los efectos de diversas técnicas psicológicas en el dolor por cáncer, también se recomienda elaborar instrumentos propios de estos constructos y para este tipo de población.

El dolor por cáncer es un fenómeno complejo afectado por variables médicas y psicosociales. Un tratamiento efectivo del dolor por cáncer empieza con una valoración adecuada. En este sentido, los investigadores sugieren que los médicos utilicen el reporte del paciente como una fuente primaria de información^{17,25}. Cleeland y Syrjala⁴⁷ indican que la valoración del dolor debe enfocarse en la severidad del mismo (usualmente calificado de 0 a 10 en una escala verbal), característica del dolor (localización, patrón temporal, calidad y respuesta al tratamiento) y la respuesta del dolor en la calidad de vida y bienestar subjetivo (funcionamiento físico, interacciones sociales, síntomas concomitantes y estado de ánimo). Una valoración formalizada del dolor implica no únicamente desarrollar un lenguaje común entre paciente y médico, sino también orientar al paciente hacia una participación activa y de adherencia al tratamiento.

Los pacientes pueden prescindir de los medicamentos debido a malentendidos concernientes a los efectos colaterales, tolerancia y adicción. Además, el dolor y su tratamiento médico parece ser significativamente afectado por los temores y sistema de creencias de los pacientes y sus familiares^{20,21}. La revisión de resultados en varias intervenciones educativas revela que la simple educación de temas farmacológicos tiene el potencial de incrementar la adherencia de los pacientes y familiares al régimen de medicación, y que además reduce los niveles de dolor reportados.

El dolor por cáncer moderado a severo puede ser más complicado de tratar debido a que este tipo de dolor tiene un impacto muy significativo en la calidad de vida y bienestar subjetivo de los pacientes. La evidencia sugiere que los pacientes oncológicos que reportan dolor, presentan significativamente un mayor deterioro en su bienestar subjetivo expresado típicamente por depresión y ansiedad, esto en comparación con aquellos pacientes sin dolor^{19,22,24}. Además, entre mayor sea el deterioro en el bienestar subjetivo, más severa es la experiencia del dolor^{22,48}. Un manejo apropiado requiere un modelo multidisciplinario con la inclusión de un profesional de psicología en estrategias de dolor. Bajo estas circunstancias, el modelo terapéutico cognitivo-conductual puede ser un valioso adyuvante a la farmacoterapia. La investigación indica que estas intervenciones psicológicas ofrecen beneficios significativos, tales como un alivio incrementado del dolor y bienestar subjetivo asociado.

Idealmente, los recursos psicológicos deben ser introducidos cuando un paciente es diagnosticado con cáncer y el paciente debe ser incitado a participar en todo momento. La información indica que muchos pacientes están disponibles a ser intervenidos psicológicamente, más de lo que muchos médicos piensan; por ejemplo, un grupo de investigadores encontró que 24 de 27 pacientes con cáncer argumentaron que les gustaría participar en grupo psicológico, si es que eran referidos por su médico⁴⁹. Sin embargo, el número bajó dramáticamente a siete de 24 pacientes que indicaron que ingresarían a un grupo psicológico sin consultar a su médico.

Por lo tanto, los médicos están en posición de influir en sus pacientes al mencionar la importancia de los factores psicológicos en el alivio adecuado del dolor. Así como menciona Loscalzo⁵⁰, algunos pacientes pueden negarse a ser referidos a un psicólogo debido a la creencia de que el médico "perdió la esperanza de cura en el paciente", por lo que es adecuado que el médico explique al paciente de modo que facilite su referencia. Por ejemplo, un médico puede argumentar que ciertos problemas para manejar el dolor requieren la ayuda de un psicólogo entrenado en ello, por lo que el paciente puede hablar con este último y juntos generar estrategias de afrontamiento adicionales. De este modo, los servicios médicos tradicionales pueden ser combinados con apoyo psicológico como un ejemplo de integración en los cuidados.

1.8 Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en el Dolor por Cáncer

Para la mayoría de los pacientes con cáncer, el dolor representa sólo uno de los síntomas físicos y psicológicos asociados con la enfermedad y su tratamiento. Los estudios han demostrado que el dolor, la fatiga y el estrés psicológico son los síntomas más frecuentes en esta población⁵¹. Una valoración más amplia de síntomas es un aspecto esencial del manejo del dolor por cáncer. Una valoración comprensiva también debe abordar numerosos

tópicos concentrados bajo el constructo de "dolor total". El "dolor total" es multidimensional y se relaciona a un deterioro total en la calidad de vida⁵².

Para valorar adecuadamente el "dolor total", se deben considerar múltiples dominios incluyendo el físico, psicológico, social, espiritual, existencial y otros (Tabla 6)⁵³. Un diálogo abierto y continuo entre el clínico y el paciente, constituye la base para esta valoración.

Tabla 6.- Dimensiones en el "dolor total"

<i>Dimensiones</i>	<i>Preocupaciones</i>
• Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor y otros síntomas físicos. ➤ Calidad del sueño. ➤ Capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria.
• Bienestar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de ánimo. ➤ Ansiedad. ➤ Afrontamiento.
• Bienestar social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contacto interpersonal. ➤ Apoyo social.
• Bienestar espiritual/religioso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temor a morir.
• Funcionamiento de roles	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidad para trabajar. ➤ Mantener el rol en la familia.
• Relación con los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilidad y confianza.
• Aspecto económico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Costo de los cuidados.

Este concepto de "dolor total" abarca dos constructos que son ampliamente utilizados en la literatura sobre el cáncer los cuales son la calidad de vida y el bienestar subjetivos, constructos que van tomados de la mano y que pueden poseer connotaciones directa o inversamente proporcionales, según las circunstancias específicas de cada paciente. La calidad de vida, concepto primeramente utilizado por economistas, arquitectos y posteriormente extrapolado a la medicina y la psicología, es un constructo elaborado a partir de manifestaciones en salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos⁵⁴, que pueden ser valorados y abordados en el paciente oncológico bajo los siguientes componentes:

- **Componentes relacionados a la salud en general:** funcionamiento físico, movilidad dentro y fuera del hogar, actividades cotidianas, actividades recreativas, tiempo invertido en cama o en silla, capacidad para trabajar, apoyo social, relaciones con familia y amigos, apoyo emocional, impacto en la familia y vida social, relaciones íntimas, habilidad de concentración y costos económicos en los cuidados.
- **Componentes relacionados a la enfermedad:** síntomas concomitantes y específicos a la enfermedad (dolor, náusea, vómito, fatiga, insomnio, inapetencia, disfagia, etc.).
- **Componentes relacionados al tratamiento:** efectos colaterales del tratamiento oncológico (dolor, náusea, mucositis, pérdida del cabello, etc.) y efectos colaterales de la medicación para el control de los síntomas (somnolencia, estreñimiento, confusión, etc.)

En el contexto de este trabajo, el dolor debido a la actividad neoplásica o al tratamiento es el principal indicador de calidad de vida que se conceptualizó y operacionalizó. Después de identificar todas aquellas condiciones reales y objetivas que componen el concepto de calidad de vida, ahora hay que indagar sobre la evaluación y/o valoración hecha por el propio individuo acerca de su condición, es decir el bienestar subjetivo, el cual es la percepción de un estado interno y positivo de equilibrio, acompañado por un tono afectivo agradable resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo⁵⁵.

El bienestar subjetivo es por lo tanto una actitud y como tal incluye por lo menos dos componentes básicos: cognición y afecto. El componente cognoscitivo se refiere a los aspectos racionales o intelectuales, mientras que el componente afectivo involucra aspectos emocionales; este componente se divide a su vez en afecto positivo y negativo. La interpretación del mundo externo es la que provoca emociones, por lo tanto múltiples trastornos ya sea físicos o emotivos interfieren en un grado mayor o menor en el bienestar subjetivo.

Las características predictoras que conforman el bienestar subjetivo se dividen en seis categorías:

1. **Satisfacciones subjetivas:** salud subjetiva, satisfacción con la vivienda, satisfacción económica, satisfacción marital y satisfacción laboral.
2. **Variables demográficas:** salud, vivienda, ingreso, estado civil, empleo, sexo, edad, raza y educación.
3. **Involucramiento en actividades sociales y físicas:** amigos, familia, número de amigos, frecuencia de contacto, intimidad y ejercicio.
4. **Eventos estresantes de la vida:** muerte del cónyuge, enfermedad y disgustos diarios.
5. **Medio Ambiente:** grado de urbanismo, institucionalización, concentración por edad, seguridad e índice de violencia.
6. **Personalidad:** locus de control, extroversión, introversión, fortaleza, inteligencia y autoestima.

Así como en la calidad de vida, los determinantes en el bienestar subjetivo pueden darse en función de la satisfacción en salud, vivienda, economía, matrimonio, empleo, familia, amigos, recursos de afrontamiento, etc., cuyo detrimento se manifiesta ya sea por:

- Depresión
- Ansiedad
- Temor a morir
- Tristeza
- Preocupación
- Soledad

En el contexto de este trabajo, la depresión y la ansiedad son los principales indicadores de un deterioro en el bienestar subjetivo que se conceptualizan y operacionalizan en los pacientes con dolor por cáncer.

1.8.1 El constructo de la "depresión"

Estructuralmente hablando y bajo cualquier tipología, la depresión es una variable latente o constructo, es decir una idea o noción teórica que debe ser inferida a partir de indicadores o variables manifiestas (síntomas). La "depresión" (variable latente) se "construye" con correlaciones altas y significativas entre indicadores como la reducción del consumo de alimentos o la falta de apetito, el reporte de tristeza, una baja actividad y el exceso de sueño, todas ellas variables manifiestas⁵⁶. La depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, cada uno con sus respectivas fuentes de error (Figura 3).

Teóricamente se supone que los pacientes depresivos cometen varios y muchos errores cognitivos tales como personalización, selección abstractiva, sobregeneralización o catastrofización⁵⁷. Dada la relación entre dolor y depresión, también se supone que estos tipos de distorsiones pueden influir el estado de ánimo, la percepción del dolor y conductas de pacientes con dolor por cáncer.

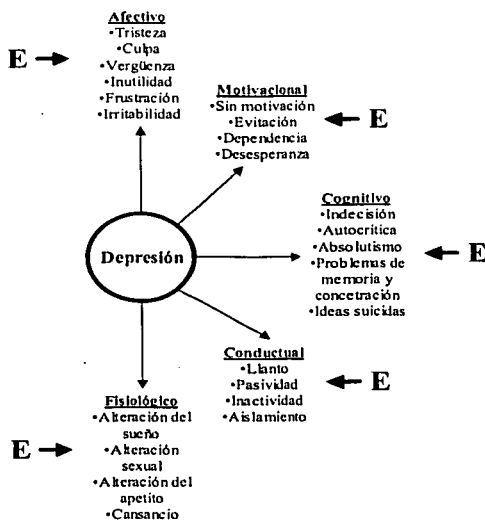
En ausencia de dolor, sentirse triste o tener problemas con el sueño y la comida puede conducir a un diagnóstico de depresión. Pero en una persona con dolor por cáncer, estos síntomas pueden estar indicando su lucha contra la vivencia del dolor, que tal vez cause trastornos. El tratamiento de una persona con dolor por cáncer puede incluir antidepresivos, pero sólo como parte del tratamiento completo. Los pacientes deprimidos también se quejan de dolor y molestias corporales; la diferencia estriba en que normalmente, con un tratamiento adecuado para la depresión estas quejas y dolores desaparecen. En el dolor por cáncer los dolores no desaparecen con el tratamiento para la depresión, más bien la experiencia de dolor mejora.

Cualquier aproximación que pretenda responder al tratamiento de dolor por cáncer, debe incluir la exploración de las relaciones entre pensamientos y emociones. Esto ayuda a definir nuevas direcciones y también animar una futura toma de poder con respecto al dolor, con lo que se reforzaría el pensamiento de autoeficacia. Los pensamientos y emociones dan significado a las experiencias, incluido el dolor. Una imagen autoderrotista y desesperada contribuye a interpretar las señales de dolor en forma negativa, aumentando el malestar y la desesperación. Una de las herramientas más poderosas para modificar los pensamientos, consiste en controlar lo que se argumenta cuando se

TRABAJA CON
FUELA DE ORIGEN

responde a acontecimientos externos e internos, es decir, explorar las "auto instrucciones"⁵⁸. Este enfoque está basado en la premisa de que muchas emociones y estados de ánimo están sostenidos, si no creados, por estas "auto instrucciones". Si se altera o reenfoca la manera la manera en que se dan éstas "auto instrucciones", de hecho se estará cambiando la manera en que se viven las emociones.

Figura 3.- Construcción de la variable latente "depresión" a partir de correlaciones entre cinco componentes de variables manifiestas



Las auto instrucciones pueden estar acompañando emociones tanto negativas como positivas. Algunas personas se pasan el día enfrascadas en auto instrucciones positivas, mientras que otras avanzan entre pensamientos negativos a lo largo del día. Las auto instrucciones son automáticas, suceden muy rápido y no siempre se elaboran en frases completas; muchas auto instrucciones negativas no son exactas porque distorsionan acontecimientos exagerándolos, magnificándolos o sometiéndolos a pensamientos de "todo o nada", lo cual hace sentir al individuo desamparado y fracasado. Los pensamientos exagerados y autoderrotistas conducen al pesimismo y a conductas totalmente ineficaces, y además limitan las posibilidades del individuo. El cambio cognitivo es una oportunidad que se brinda al individuo para desafiar sus propias auto instrucciones, reflexionando acerca de porqué se siente como se siente y de cómo puede cambiar eso.

Un modelo que ayuda a clasificar las auto instrucciones negativas en los pacientes con dolor por cáncer es el de Burns⁵⁹, el cual establece categorías de distorsiones cognitivas que pueden conducir a estados emocionales negativos:

1. **Pensamiento todo o nada:** se refiere a la tendencia de evaluar cualidades personales o situaciones extremas en categorías dicotómicas. Por ejemplo, antes de desarrollar cáncer y dolor debido a su enfermedad, un paciente solía jugar fútbol por las tardes con sus amigos. Ahora piensa: "No puedo jugar fútbol, nunca podré volver a hacer deporte".
2. **Generalización excesiva:** se refiere a la tendencia a ver un acontecimiento negativo aislado como un patrón interminable de defectos. Tomando el ejemplo anterior, sería como decir: "Nunca podré volver a disfrutar de algo".
3. **Descalificación de lo positivo:** se refiere a la tendencia a tomar acontecimientos neutros o incluso positivos y convertirlos en negativos. Por ejemplo, el mismo paciente recibe visita de un amigo en su casa y éste le dice que

se ve más recuperado. El pensamiento inmediato es: "No es cierto que me veo bien, este tipo no entiende nada de mi enfermedad".

4. **Conclusiones apresuradas:** se refiere específicamente a la tendencia de hacer conclusiones negativas que no se justifican a partir de los hechos de la situación. Las dos maneras de hacer conclusiones negativas son la "lectura del pensamiento" y el "error del adivino":
 - **Lectura de pensamiento:** el mismo paciente asume que alguien hace lo que hace y no intenta comprobarlo. Por ejemplo, despierta en su casa en la mañana saludando a su esposa y ésta no le responde, y piensa: "Creo que mi esposa ya se enfadó de vivir con un enfermo".
 - **El error del adivino:** el paciente "sabe" que las cosas saldrán mal y lo predice como un hecho consumado. Por ejemplo, despierta con dolor y dice: "Ya se me estropeó el día y creo que hoy tampoco voy a poder hacer mi trabajo".
5. **Magnificación y minimización:** en la magnificación se exagera la importancia de un acontecimiento negativo o de un error; por ejemplo, si se experimenta un estallido de dolor puede que el paciente diga: "No puedo más, no puedo soportarlo más, creo que ningún medicamento por más fuerte que sea me podrá ayudar". La minimización, al contrario, toma acontecimientos positivos o cualidades y niega su importancia. Por ejemplo, un familiar de una paciente le comenta lo agradable que es tenerla de nuevo en casa después de varios días hospitalizada y la paciente argumenta: "Sí, muy agradable ha de ser, sobre todo cuando no puedo ni levantarme a lavar un plato por este dolor que tengo".
6. **Razonamiento emocional:** se refiere a considerar las emociones como una evidencia de verdad. Por ejemplo, puede que a la misma paciente le dé por pensar: "Siento que no valgo nada ahora que no puedo hacer el quehacer de la casa; ¿será que no valgo nada?".
7. **Categorización:** se refiere específicamente a identificar un error o una cualidad negativa y pasar a describir la situación global o individual en términos de esa cualidad. Por ejemplo, en lugar de que la misma paciente se vea a sí misma como una persona que tiene un problema de cáncer y además presenta dolor, puede que diga: "Estoy defectuosa y soy como una carga; ya no sirvo para nada".
8. **Personalización:** se refiere a atribuirse la responsabilidad de un acontecimiento negativo cuando las circunstancias escapan de control. Por ejemplo, se da una visita domiciliar a una paciente que ya no puede presentarse a la hospital debido a su deterioro físico y se siente culpable y avergonzada por haber hecho que el equipo médico la visitara hasta su hogar que está bastante retirado del hospital.

Burns también menciona una serie de actitudes que pueden ser disfuncionales y autoderrrotistas, y que demuestran aquellos puntos de vulnerabilidad psicológica de los pacientes asociados también a auto instrucciones negativas:

1. **Aprobación:** esta actitud revela la tendencia del individuo a basar su propia estima en las reacciones de los otros hacia él; por un lado, la persona puede ser independiente y con un sentido saludable de su propia valía, incluso en situaciones en que se ve enfrentado a la crítica o desaprobación. Por otro, el individuo es ciertamente dependiente ya que tiende a evaluarse a sí mismo a partir de los ojos de los demás. Se vuelve vulnerable a la ansiedad o a la depresión cuando nota en los otros una crítica o un enfado relacionado con él.
2. **Amor:** esta actitud establece la tendencia del individuo a basar su sentido de propia valía en función de si es amado o no; por un lado, la persona ve el amor como algo deseable pero que además posee un amplio rango de intereses diferentes que le llenan y le dan placer además del amor, es decir, el amor no es un requisito imprescindible para su felicidad o para el mantenimiento de su valía personal. Por otro, el individuo ve el amor como una "necesidad" sin la cual no puede sobrevivir o ser feliz. Tiende a adoptar roles inferiores en sus relaciones por temor a perderlas y además puede llegar a desarrollar conductas manipuladoras con el fin de conseguir afecto o atención de los demás. Irónicamente, a menudo esta actitud necesitada y posesiva lleva a la gente a alejarse acentuando todavía más su soledad.
3. **Realización:** esta actitud indica la tendencia del individuo a basar su valía personal en su capacidad para ser productivo; por un lado, la persona puede disfrutar de la creatividad y productividad pero no depende de ellas para mantener su satisfacción y valía personal. Por otro, la persona puede ser "adicta al trabajo" donde su sentido de autovalía y su capacidad para la alegría dependen únicamente de su productividad.
4. **Perfeccionismo:** esta actitud indica la tendencia del individuo a basar su sentido de autovalía en su habilidad para evitar los fracasos o los errores; por un lado, la persona posee una gran capacidad para establecer normas y patrones de vida flexibles, apropiados y significativos. Disfruta de los procesos y experiencias por sí mismas y no por su relación con los resultados. No teme a los errores, sino que los ve como oportunidades para crecer y aprender. Por otro, el individuo se exige perfección a sí mismo, ve los errores como "tabúes" y los fracasos como algo trágico, e incluso las emociones negativas constituyen un desastre. Vive bajo normas personales imposibles e irreales, por lo que su vida puede volverse triste y tediosa.

5. **Derechos:** esta actitud revela hasta que punto el individuo cree que se merece lo mejor en esta vida simplemente por ser él. Por un lado, la persona no siempre cree que algo le pertenece por derecho, sino que lo negocia y si realmente lo quiere lo consigue. Se da cuenta de porqué las cosas no tienen que seguir siempre el camino que sea elegido para ellas, con alta tolerancia a la frustración. Por otro, el individuo cree estar "destinado" a las cosas (éxito, amor, felicidad); espera y exige que los demás le proporcionen lo que anda buscando. Cuando esto no sucede, la persona entra en cólera, manteniéndose constantemente frustrado y triste.
6. **Omnipotencia:** esta actitud establece la tendencia del individuo a verse como el centro de su universo personal y a hacerse responsable de muchas de las cosas que pasan a su alrededor; por un lado, la persona acepta que no se encuentra en el centro del universo, se acerca a los otros en actitud de colaboración y no se siente amenazado por aquellos que discrepan de él con sus ideas o deciden no seguir consejo. Por otro, el individuo tiene a culpar a aquellos que no se someten a su control. Esta actitud de pretender ser omnipotente y todopoderoso acarrea ansiedad y un sentimiento de poca autoeficacia.
7. **Autonomía:** esta actitud indica la habilidad que posee el individuo para hallar la felicidad en él mismo; por un lado, sus estados de ánimo son el reflejo de sus pensamientos y actitudes. Asume la responsabilidad de sus sentimientos a sabiendas de que él mismo los crea. Por otro, el individuo está atrapado en la creencia de que su alegría potencial y valía personal viene de fuera. Su estado de ánimo es siempre víctima de factores exteriores, lo cual lo coloca en desventaja ya que todo se sitúa en último término más allá de su control.

Además de tales distorsiones cognitivas y actitudes disfuncionales, existen las llamadas creencias irracionales citadas por Ellis en su modelo de terapia racional emotiva para enfrentar a los pensamientos exagerados y cambiarlos por otros más realistas⁶⁰. Este modelo tiene como premisa básica que la mayor parte del sufrimiento humano proviene de las maneras irracionales con las que se percibe el mundo. Los pensamientos exagerados y autoderrotistas conducen al pesimismo y conductas totalmente ineficaces, y además limitan las posibilidades del individuo. A continuación se muestran las diez creencias irracionales citadas por Ellis:

1. Necesitas el amor y la aprobación de todas las personas significativas de tu entorno.
2. Para considerar que eres una persona valiosa, debes ser absolutamente competente y tienes que ser capaz de conseguir todo lo que te propones.
3. Algunas personas son malas, perversas, malvadas y deben ser castigadas.
4. Es realmente horrible que personas y cosas sean o se conduzcan de una manera que no te gusta.
5. La mayoría de las desgracias humanas están provocadas por acontecimientos externos. La gente lo que hace es reaccionar descargando sus emociones.
6. Debes manifestar miedo, terror o angustia ante todo aquello que te resulte desconocido, nuevo o potencialmente peligroso.
7. Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida, que intentar afrontarlas.
8. Necesitas a algo o a alguien más fuerte o más grande que tú en quien confiar.
9. El pasado tiene mucho que ver con el presente; lo determina absolutamente.
10. Se puede conseguir la felicidad a través de la inactividad, la pasividad y el ocio.

Estas distorsiones cognitivas, actitudes disfuncionales y creencias irracionales que intentan explicar los procesos subyacentes del constructo "depresión", permiten al clínico formular el método terapéutico de apoyo de acuerdo a las necesidades específicas de un determinado paciente. Esto nos lleva a la terapia cognitiva de la depresión, donde se busca la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas con el fin de lograr un cambio positivo en los síntomas depresivos del paciente.

1.8.2 El constructo de la "ansiedad"

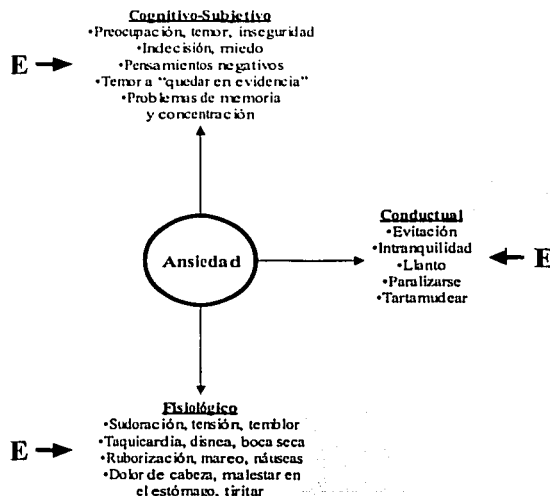
La ansiedad es la forma más común de deterioro del bienestar subjetivo en pacientes con cáncer. Esta ansiedad puede ser: a) situacional (procedimientos invasivos, etc.), causada por un problema médico (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, hemorragia, arritmia cardíaca e hipoglucemia) o tumores secretores de hormonas (feocromocitoma, adenoma o carcinoma tiroideo, adenoma paratiroideo, etc); b) secundaria al tratamiento (quimioterapia, desbridación de heridas); c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente⁶¹. El manejo de ansiedad incluye: a) proporcionar información clara y generar confianza en el equipo de atención; b) intervención en crisis⁶², terapia psicológica; c) manejo farmacológico, siendo indispensable explicar y clarificar al paciente sus dudas respecto a "aspectos adictivos". Los fármacos incluyen benzodiazepinas, betabloqueadores o neurolepticos en bajas dosis⁶³. Los pensamientos que acompañan a la ansiedad son muy particulares. La ansiedad se acompaña de la percepción de peligro o de amenaza, y de que en alguna forma se es vulnerable. Los síntomas físicos de la ansiedad preparan al

individuo para responder al peligro o a la amenaza que espera. La amenaza o el peligro pueden ser físicos, mentales o sociales. La percepción de amenaza cambia en cada persona. Algunas personas, debido a sus experiencias en la vida, se sentirán amenazadas muy fácilmente y a menudo se van a sentir nerviosas. Otras personas se sentirían seguras y con un mayor sentido de seguridad. En este punto, es importante evaluar si se está sobreestimando al peligro y a la amenaza y se deben considerar también los recursos y habilidades para responder a la amenaza y a la ansiedad. Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen catástrofes. Los pensamientos de ansiedad empiezan con "Y si..." y finalizan con resultados de desastre. Los pensamientos de ansiedad con frecuencia también incluyen imágenes de peligro. Estos pensamientos son todos acerca del futuro y predicen unos resultados calamitosos; demuestran el tema "algo terrible va a ocurrir" lo cual es característico de la ansiedad. El pánico es el extremo de la ansiedad, el cual consiste en una combinación distinta de emociones y síntomas físicos.

Así como el constructo de la depresión, la "ansiedad" es una variable latente que se "construye" con correlaciones altas y significativas entre variables manifiestas como la tensión muscular, sobreestimación del peligro, evitación y pánico. La ansiedad incluye componentes afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos, con sus respectivas fuentes de error (Figura 4). En cuanto a las formas de intervención sobre los síntomas de ansiedad, existen técnicas cognitivas y fisiológicas que ayudan a establecer una forma de aprendizaje en los pacientes para controlar tales síntomas; para ello existen estrategias conductuales como relajación muscular progresiva, entrenamiento en relajación y estrategias cognitivas como imaginación guiada, entrenamiento autógeno y reestructuración cognitiva.

Tanto la depresión como la ansiedad poseen sus respectivas manifestaciones en componentes de orden afectivo, motivacional, cognitivo, conductual y fisiológico, aunado a sus respectivas fuentes de error que no están contempladas dentro del concepto. Se debe tener sumo cuidado a la hora de establecer un diagnóstico en ambos conceptos, ya que en el caso de pacientes oncológicos terminales se puede dar un traslape de síntomas sobre todo en el terreno fisiológico y cognitivo; por lo tanto, es necesario tomar en cuenta el resto de los síntomas haciendo énfasis en la sintomatología propia de los componentes afectivos y motivacionales, con fines de determinar un diagnóstico diferencial.

Figura 4.- Construcción de la variable latente "ansiedad" a partir de correlaciones entre cuatro componentes de variables manifiestas



TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

II. MÉTODO

El protocolo de tratamiento se basa en los ocho estudios aleatorizados y controlados que se mencionaron anteriormente. Las variables que se incluyen en este se citan a continuación:

- **Variables independientes:** educación para la salud, reestructuración cognitiva, respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada.
- **Variables dependientes:** intensidad de dolor y síntomas concomitantes de depresión y/o ansiedad medidos en intensidad como dimensión conductual y manifestados respectivamente en los siguientes componentes:

	Afectivo	Motivacional	Cognitivo	Conductual	Fisiológico
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Culpabilidad • Vergüenza • Inutilidad • Frustración • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la motivación • Incremento en la evitación • Dependencia • Desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> • Indecisión • Autocrítica • Absolutismo • Problemas de memoria y concentración • Ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Pasividad • Inactividad • Problemas de socialización 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Alteraciones sexuales • Alteraciones del apetito • Cansancio

	Cognitivo-Subjetivo	Conductual	Fisiológico
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, temor, inseguridad • Indecisión, miedo • Pensamiento negativos • Temor a "quedar en evidencia" • Problemas de memoria y concentración 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de situaciones temidas • Intranquilidad motora • Llanto • Quedar paralizado • Tartamudear 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración, tensión, temblor • Taquicardia, disnea, boca seca • Ruborización, mareo, náuseas • Dolor de cabeza, malestar en el estómago, tiritar

2.1 Objetivos

El objetivo general es que al concluir el protocolo de tratamiento, los pacientes con dolor por cáncer adquieran a lo largo de cuatro sesiones la información verídica necesaria, así como las estrategias cognitivo-conductuales que les permitan el control activo y autodominio sobre su calidad de vida y bienestar subjetivo.

Como objetivo específico se tiene:

- Disminuir la intensidad del dolor y de síntomas concomitantes de depresión y/o ansiedad, a partir de tratamientos cognitivo-conductuales y fisiológicos en pacientes tratados en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

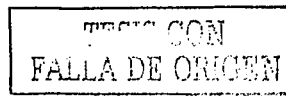
2.2 Tipo de Investigación

A partir de las características de este estudio, se determina el tipo de investigación⁶⁴:

- Según su fin: *aplicada*.
- Según su alcance temporal: *series de tiempo*.
- Según su profundidad: *explicativa*.
- Según su carácter: *cuantitativa*.
- Según su marco: *de campo*.

2.3 Sujetos

Participaron siete pacientes referidos por el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, con los siguientes criterios de inclusión:



- Pacientes alfabetos.
- Pacientes con un puntaje mínimo de 23/30 en el examen cognitivo Mini-Mental⁶⁵ (Anexos).
- Pacientes con un porcentaje mínimo de 70% en la Escala de Karnofsky⁶⁶ (Anexos).
- Pacientes con síntomas concomitantes de depresión y/o ansiedad en un nivel leve o moderado.
- Pacientes enterados de su diagnóstico oncológico.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes psicóticos activos.
- Pacientes con deficiencia intelectual.
- Pacientes con depresión y ansiedad grave.
- Pacientes con una clara ganancia secundaria en torno al dolor (querellas con seguros, litigios con empresas, etc.).
- Pacientes en tratamiento de quimioterapia, radioterapia o radiofármacos.
- Pacientes ya sometidos a un procedimiento algológico como lo son técnicas invasivas, quirúrgicas o neuroestimulantes.
- Pacientes con dolor postoperatorio.
- Pacientes con temperatura local aumentada y/o tumores exofíticos y/o linfedema en miembros torácicos.

En este punto se considera de interés realizar una breve reflexión en torno al diagnóstico psicológico: los trastornos somatomorfos (CIE-10⁶⁷), o bien, el trastorno por dolor (DSM-IV-TR⁶⁸). Según la CIE-10, el rasgo principal de este trastorno es la presencia de un dolor intenso y persistente que no puede ser explicado por un proceso fisiológico o trastorno orgánico. El dolor suele aparecer en circunstancias que hacen suponer que está vinculado a conflictos o problemas, o que permite que el paciente reciba mayor atención y apoyo por parte de médicos y otras personas significativas para él.

En la población del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, existen mecanismos psicofisiológicos conocidos que explican la presencia de sintomatología dolorosa. En cuanto a la presencia de factores psicológicos involucrados, en el ámbito cognitivo-conductual sobre el estudio de dolor oncológico agudo y crónico, existe un acuerdo mayoritario a la hora de adoptar esquemas conceptuales dimensionales en lugar de categóricos, es decir, los factores psicológicos serán abordados a partir de sus variables manifiestas y no considerando el constructo en su totalidad.

2.4 Diseño de Investigación

El estudio utilizó un diseño de investigación experimental de caso único con línea base múltiple, entre series y tratamientos alternados, con un formato B+A/B+C+D+E+A/C+D+E+F+A/A⁶⁹; las características específicas de este diseño se mencionan a continuación:

Características	Baja Inferencia	Alta Inferencia
<i>Tipo de datos</i>	Datos subjetivos	Datos objetivos
<i>Número de evaluaciones</i>		Mediciones repetidas
<i>Planificado/No planificado</i>		Planificado
<i>Tipo de problema</i>	Agudo	Crónico
<i>Número de sujetos</i>		N > 1
<i>Heterogeneidad de los sujetos</i>		Heterogéneos
<i>Estandarización del tratamiento</i>		Estandarizado

Donde:

- A: Línea base.
- B: Educación para la salud (Anexos).
- C: Reestructuración cognitiva.
- D: Respiración profunda (Anexos).
- E: Entrenamiento autógeno (Anexos).
- F: Imaginería guiada (Anexos).

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Un diseño de caso único constituye una serie de tiempo ya que se toman varias medidas a un mismo sujeto en diferentes momentos, donde el fenómeno psicológico se observa y registra en función del tiempo con lo que se tiene información de la forma dinámica que el mismo requiere. El supuesto que subyace a este diseño es de que la conducta de los sujetos es una función ordenada a la que afecta un gran número de variables, por lo que se pone énfasis en el estudio de la relación funcional que guarda el fenómeno psicológico con las variables que lo determinan.

El diseño de caso único determina la relación funcional a partir de la relación de la conducta en puntos sucesivos en el tiempo y posteriormente observa los efectos que ocurren en la relación detectada cuando se introduce un cambio en la situación experimental. Debido a la característica de medir la conducta en función del tiempo, a este procedimiento metodológico se le conoce también como diseño de series de tiempo.

En cuanto a la forma de interpretar la variabilidad entre los sujetos en el diseño de caso único, ésta se atribuye a diferencias en los parámetros de la relación funcional de la conducta y las variaciones que la controlan. Esto significa que se elimina la variabilidad entre sujetos, puesto que se da el uso de un sólo sujeto. El hecho de que la unidad experimental sea medida en puntos sucesivos en el tiempo, da como resultado que tales mediciones estén correlacionadas unas con otras. A esta característica de los datos se le conoce como dependencia serial y se define como la relación entre las medidas de las series temporalmente ordenadas.

El desglose del tratamiento por sesiones se explica a continuación:

Sesión 1

A. Diagnóstico:

- Examen Mini-Mental.
- Entrevista de valoración inicial (Apéndices).

B. Presentación didáctica:

- Teoría de la Compuerta (Apéndices).
- El rol de los fármacos (Apéndices).

C. Asignación de tareas:

- Registro de intensidad de dolor, de síntomas concomitantes de ansiedad y/o depresión, conductas y pensamientos (mínimo cinco registros para establecer línea base).

D. Duración: Una hora.

Sesión 2

A. Diagnóstico:

- Examen Mini-Mental.

B. Revisión de tareas:

- Análisis de registro.

C. Práctica de tratamiento:

- Reestructuración cognitiva a partir de datos obtenidos en el registro.
- Respiración profunda y entrenamiento autógeno (medición de signos vitales "antes y después").

D. Presentación didáctica:

- El autodomínio en el dolor (el rol de la relajación).

E. Asignación de tareas:

- Registro de intensidad de dolor, de síntomas concomitantes de ansiedad y/o depresión, conductas y pensamientos (mínimo cinco registros).
- Practicar respiración profunda y entrenamiento autógeno mínimo dos veces al día.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

F. *Duración: Una hora.*

Sesión 3

A. *Diagnóstico:*

- Examen Mini-Mental.

B. *Revisión de tareas:*

- Análisis de registro.

C. *Práctica de tratamiento:*

- Reestructuración cognitiva a partir de datos obtenidos en el registro.
- Respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginiería guiada (medición de signos vitales "antes y después").

D. *Asignación de tareas:*

- Registro de intensidad de dolor, de síntomas concomitantes de ansiedad y/o depresión, conductas y pensamientos (mínimo cinco registros).
- Practicar respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginiería guiada mínimo dos veces al día.

E. *Duración: Una hora.*

Sesión 4

A. *Diagnóstico:*

- Examen Mini-Mental.

B. *Revisión de tareas:*

- Análisis de registro.

C. *Retroalimentación de resultados:*

- Puntajes de intensidad de dolor, de síntomas concomitantes de ansiedad y/o depresión, conductas y pensamientos.

D. *Duración: Una hora.*

La lógica y diferentes técnicas de este protocolo de intervención se basaron en el Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos (Anexos), creado por la Psic. Rebeca Sánchez Monroy, Supervisora del Programa de Medicina Conductual en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México; este modelo considera tres niveles de intervención con sus respectivos métodos y objetivos, aunado a una evaluación anterior y posterior al tratamiento y a una "intervención en crisis" si ésta es necesaria; las bases conceptuales para dicha intervención están dadas bajo el marco cognitivo conductual.

Para el análisis de los datos, se utilizó en el diseño de caso único un análisis simplificado de series de tiempo basado en el cálculo del estadístico C^{70} ; lo que evalúa este estadístico es si la serie de tiempo tiene una tendencia. Un objetivo inicial es evaluar los datos de línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad. La línea base no debe contener ninguna tendencia estadística significativa antes del tratamiento, ya que la presencia de tal tendencia en la misma dirección que se espera produzca la intervención, oscurece los posibles efectos de la misma. Un segundo objetivo del estadístico C es determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos. La estabilidad en línea base es una condición deseable que permite que el estadístico C adquiera un poder de prueba muy fuerte, cuando la fase de tratamiento se agrega con el fin de determinar la posible significación estadística de los efectos de intervención. Cuando esta produce un efecto significativo, la serie de tiempo observada en la fase de tratamiento se desvía marcadamente de los datos de línea base. El estadístico C es un método sencillo para evaluar cuantitativamente los cambios producidos por la intervención en series de tiempo serialmente dependientes. Este estadístico exige datos cuantitativos a un nivel de medición intercalar o de razón.

III. RESULTADOS

En total hubo siete participantes los cuales reunieron los criterios de inclusión y exclusión ya descritos; tales criterios estaban en función de un control experimental físico con el fin de aislar la mayor cantidad posible de variables extrañas que se confundieran con el tratamiento psicológico y sus efectos. Es meritorio recordar que el tratamiento cognitivo-conductual utilizado en los participantes es adyuvante a un tratamiento farmacológico, por lo que la influencia de este último es difícil de aislar; esto pudo haberse logrado mediante un control metodológico a partir de un grupo control que permitiera comparar las réplicas del grupo experimental que recibe ambos tratamientos, con un grupo que sólo recibe tratamiento farmacológico y que por supuesto está en lista de espera para ser intervenido psicológicamente; esto no se llevó a cabo más que nada por la rigurosidad de los criterios de inclusión y de exclusión, lo cual limitaba la disponibilidad de sujetos con esas características.

Otra forma de control que pudo haberse utilizado, es la de un control estadístico que permitiera identificar el porcentaje de la cantidad de varianzas explicada en la reducción de la intensidad de dolor y de síntomas concomitantes de depresión y/o ansiedad, a partir de cada una de las variables independientes en el tratamiento farmacológico; sin embargo, no se llevó a cabo ningún control de este tipo ya que no se operacionalizaron formalmente la mayoría de tales variables en el estudio y esto impide un análisis cuantitativo de esta jerarquía. Por lo tanto, se trata de un protocolo de estudio que no fue aleatorio debido a criterios de inclusión y exclusión específicos, y tampoco controlado (ante la falta de un grupo control). A pesar de ello, se debe reconocer la rigurosidad metodológica de este protocolo debido a sus mediciones repetidas, su planificación, la participación de varios sujetos, lo heterogéneo de las réplicas y su estandarización.

Como tal, tenemos siete sujetos participantes donde todos presentaron una reducción estadísticamente significativa en cuanto a la intensidad de síntomas depresivos y/o ansiedad, más sólo en dos de ellos hubo un decremento significativo en la intensidad de dolor, esto después de haber completado las cuatro sesiones correspondientes del estudio. Esto indica que se tuvo un mayor impacto en el bienestar subjetivo de los sujetos que en la calidad de vida de los mismos. Cabe mencionar que hubo tres pacientes más que ingresaron al protocolo, pero salieron del mismo debido a que dos de ellos presentaron delirium durante la aplicación del programa y uno de ellos falleció debido a falla orgánica múltiple. Las características de los participantes se muestran en la **Tabla 7** y posteriormente la descripción específica de dos casos: un primero donde sólo hubo un impacto significativo en el bienestar subjetivo del paciente y un segundo donde hubo un impacto significativo tanto en la calidad de vida como en el bienestar subjetivo del paciente.

Tabla 7.- Características y resultados de los participantes

	Género	Edad	Diagnóstico Oncológico	Diagnóstico Algológico	Reducción de Síntomas
<i>Participante 1</i>	Femenino	38	Cáncer de mama + carcinomatosis meníngea	Dolor somático y visceral	Dolor (NS), Tristeza (S), Inutilidad (S)
<i>Participante 2</i>	Femenino	49	Cáncer cervicouterino	Dolor somático y visceral	Dolor (S), Tristeza (S) y Preocupación (S)
<i>Participante 3</i>	Masculino	26	Tumor germinal metastático a retroperitoneo e hígado	Dolor somático y visceral	Dolor (NS) y Preocupación (S)
<i>Participante 4</i>	Masculino	22	Osteosarcoma de tibia metastático a pulmón, hígado y partes blandas de abdomen	Dolor somático y neuropático	Dolor (S), Ideas Suicidas (S) e Inutilidad (S)
<i>Participante 5</i>	Femenino	31	Cáncer cervicouterino	Dolor somático y visceral	Dolor (NS), Llanto (S) y Miedo (S)
<i>Participante 6</i>	Femenino	21	Leucemia granulocítica crónica	Dolor somático y visceral	Dolor (NS), Miedo (S) e Inutilidad (S)
<i>Participante 7</i>	Masculino	51	Mieloma múltiple	Dolor somático y neuropático	Dolor (NS) y Tristeza (S)

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 Caso Uno

Paciente femenina, 38 años de edad, alfabeta, originaria y residente de México, D.F., católica, casada y con dos hijos. Se le diagnostica cáncer de mama izquierda en etapa IIA en marzo de 2000; recibió quimioterapia neoadyuvante Cisca #3 y posteriormente se le practicó segmentectomía con 23/27 ganglios positivos, documentándose por imagen de ultrasonido un cáncer de mama contralateral; posteriormente se le da quimioterapia-radioterapia y luego Taxol adyuvante. En octubre de 2001 se documenta recurrencia en mama derecha y región supraclavicular izquierda, recibiendo TXTR #10 y quimioterapia en mama derecha. Presenta progresión a parótida izquierda con cambio de quimioterapia a GMZ-Dexa. En noviembre de 2002 presenta parálisis facial con TAC de cráneo negativa y punción lumbar positiva. Ingresa al protocolo de tratamiento cognitivo-conductual el 12 de diciembre de 2002, con diagnóstico de cáncer de mama + carcinomatosis meníngea + hipertensión endocraneana, que condiciona cefalea de esfuerzo no controlada adecuadamente con Tramadol; se da beneficio de rescates y se inicia el tratamiento cognitivo-conductual. Evoluciona con un control parcial del dolor requiriendo inicialmente dos rescates y posteriormente sin requerirlos. Egresó por Clínica del Dolor el 17 de diciembre de 2002 con adecuado control del dolor. Continúa con su servicio tratante para medidas antiedema cerebral y radioterapia.

Sesión 1

Diagnóstico

- Paciente que acepta ingresar al protocolo, con un Karnofsky del 70%; puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente; estado de conciencia alerta. Llanto ocasional y en compañía de su esposo en hospitalización; redes de apoyo suficientes y funcionales.
- La paciente reporta un dolor de intensidad moderada (EVA=5), de carácter somático y visceral, localizado en región occipital y constante. El dolor aumenta de intensidad al "agacharse" y "hacer movimientos bruscos", por lo que la paciente mantiene una postura anti-álgica "recostada de lado". La paciente conoce el nombre de los analgésicos que consume para controlar su dolor, pero desea enterarse aún más de ellos sobre todo para conocer los posibles efectos secundarios que estos le ocasionan. A nivel afectivo, la paciente refiere síntomas "depresivos" de "tristeza" e "inutilidad" con una intensidad moderada y severa (EVA=5 y EVA=7.5), respectivamente. A nivel conductual se detecta la presencia de facies características y disminución en los niveles de actividad, y a nivel fisiológico alteraciones del sueño y del apetito.

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se aborda verbalmente el tema de "Teoría de la Computera" y "El rol de los fármacos" como parte del programa de educación para la salud, dejando a la paciente un breve texto con información relacionada al tema para reforzar lo expuesto y se le pide que registre durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión, conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos la próxima sesión al siguiente día.

Sesión 2

Diagnóstico

- La paciente obtiene un puntaje de 29/30 en el examen mental: orientada en persona y espacio, más no en tiempo; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente. Acompañada de su esposo en hospitalización.

Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del día 1, detectando un dolor en intensidad moderada (EVA=5) con un decremento a intensidad leve (EVA=2.5) en el segundo registro y vuelta a la intensidad inicial por el resto del día, esto durante la línea base; en el síntoma de "tristeza" se mantiene una intensidad moderada

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

(EVA=5) a lo largo de la línea base, y en el síntoma de "inutilidad" una intensidad severa (EVA=7.5) en el primer registro, pero un decremento a partir del segundo registro a intensidad moderada (EVA=5) y manteniéndose en este último nivel a lo largo de la línea base.

- A nivel cognitivo se identifican pensamientos negativos sobre sí misma, con elevadas autoexigencias a partir de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y, distorsiones cognitivas de categorización y personalización. Se presenta a la paciente la evidencia sobre sus pensamientos, conductas, emociones y dolor, haciendo énfasis en los pensamientos negativos hacia sí misma, sus elevadas autoexigencias aún a sabiendas de su condición médica, las distorsiones cognitivas como la categorización y la personalización, y su reducida actividad física. Basado en el tema de la "Teoría de la Compuerta", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre pensamientos, conductas y emociones, así como la posible influencia de estos en la percepción del dolor, sin llegar a concluir que su escasa respuesta a los analgésicos se debe a ello. Se le explica el porqué resulta benéfico modificar todos estos componentes, en especial los pensamientos distorsionados y las posibles conductas que pueden elicitar todas estas ideas, sobre todo el mantenerse recostada todo el tiempo sin tener ningún otro tipo de actividad, aún teniendo un nivel físico funcional del 70%.

Práctica de Tratamiento

- Utilizando una técnica de reformulación para ayudar a clarificar el problema real después de haber identificado las auto instrucciones negativas, actitudes disfuncionales, distorsiones cognitivas y orientando acerca de aquellos aspectos en los que la paciente aún tiene control o poder ante una situación aparentemente imposible³⁸, se plantean los siguientes apartados obteniendo las siguientes respuestas por parte de la paciente:

Establecer el problema: *Estoy en el hospital con un dolor que no han podido quitarme.*

Establecer por qué es un problema: *Porque yo debo de estar junto a mis hijos para atenderlos.*

Identificar:

¿Qué puedo hacer?: *Voy a pedir un "rescate" para ver si calmo un poco más el dolor y tratar de tranquilizarme.*

¿Qué más necesito?: *Como mi hermana se está encargando de mis niños y de mi casa, puedo mandarle una carta con mi marido donde le digo como hacer los asuntos de la casa y de los chavos.*

¿Qué me hace pensar esto?: *Desde aquí puedo hacer muchas de las cosas que hago estando allá. Me siento más tranquila así.*

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se aborda verbalmente el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)" como parte del programa de educación para la salud. Posteriormente se toman medidas de signos vitales (TA=120/80, FC=102 y FR=18) para inmediatamente después iniciar el entrenamiento en respiración profunda, seguido de entrenamiento autógeno. La paciente reporta un estado de "muy tranquila" y este reporte subjetivo es cotejado con una segunda medición de signos vitales (TA=130/80, FC=102 y FR=12), concluyendo que fisiológicamente no existían datos para corroborar el reporte subjetivo de un estado intenso de relajación, pero sin menospreciar el argumento de la paciente. Se deja a la paciente un breve texto con información relacionada al tema de la relajación para reforzar lo expuesto y se le pide que anote durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión, conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos la próxima sesión al siguiente día, así como pedirle practicar respiración profunda y entrenamiento autógeno mínimo dos veces al día.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Sesión 3**Diagnóstico**

- La paciente obtiene un puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente. Sin compañía en hospitalización.

Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del día 2, detectando una reducción del dolor a intensidad leve (EVA=2.5) manteniéndose así durante las 24 horas correspondientes; se observa una reducción en el síntoma de "tristeza" a una intensidad leve (EVA=2.5) en el primer y segundo registro, y un decremento adicional a partir del tercer registro donde la paciente ya no reporta la existencia del síntoma (EVA=0) a lo largo del día. En el síntoma de "inutilidad" también hubo un decremento pasando a una intensidad leve (EVA=2.5) en el primer registro y manteniéndose en este nivel a lo largo del día.
- Se presenta a la paciente la evidencia sobre algunas modificaciones en sus pensamientos y conductas, y la repercusión que esto tuvo en sus emociones y percepción del dolor (aunque también se hace énfasis en el manejo farmacológico de los residentes médicos en este último punto); se subraya el cambio en los pensamientos negativos hacia sí misma y en la autoexigencia de sus deberes domésticos siendo una paciente con tratamiento y pronóstico reservado, todo esto con una reducción en sus síntomas de "tristeza" e "inutilidad"; se le argumenta que la distorsión cognitiva de categorización sigue presente, pero se refuerza verbalmente la práctica de respiración profunda y entrenamiento autógeno subrayando los efectos que esto le produjo, así como el intento de deambular por uno de los pasillos del hospital. Retomando el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre las diversas conductas de afrontamiento con que dispone y el efecto de éstas en sus emociones y percepción del dolor.

Práctica de Tratamiento

- Utilizando una segunda técnica de reformulación donde se enfocan de manera diferente los pensamientos negativos, la paciente se enfrenta a su auto instrucción negativa y se le ayuda a cuestionarse a sí misma⁵⁸:

T: Usted dice: *"A veces me desespero por pedirle a mi esposo que me ayude hasta para ir al baño"*

T: Si esto es verdad ¿por qué le molesta tanto?, ¿qué tiene eso de malo?, ¿qué es lo peor que podría pasar?

P: *"Es que estando así de enferma y débil, estaré mucho tiempo dependiendo de la gente"*

T: Si esto es verdad ¿por qué le molesta tanto?, ¿qué tiene eso de malo?, ¿qué es lo peor que podría pasar?

P: *"Le preguntaré a mi esposo que es lo que dice y después hablo con usted"*

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se retoma el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)" como parte del programa de educación para la salud. Posteriormente se toman medidas de signos vitales (TA=130/90, FC=90 y FR=12) para inmediatamente después iniciar la práctica de respiración profunda, de entrenamiento autógeno y después entrenamiento en imaginación guiada. La paciente reporta de nuevo un estado de "muy tranquila" y este reporte subjetivo es cotejado con una segunda medición de signos vitales (TA=130/90, FC=72 y FR=12), concluyendo que fisiológicamente tampoco existían datos para corroborar el reporte subjetivo de un estado intenso de relajación, pero sin menospreciar el argumento de la paciente. Se le pide a la paciente que anote durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión, conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos en la última sesión al siguiente día, así como pedirle practicar respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada mínimo dos veces al día.

CON
FALLA DE ORIGEN

Sesión 4**Diagnóstico**

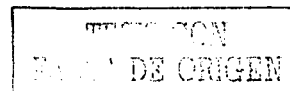
- La paciente obtiene un puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente. Acompañada de su esposo en hospitalización.

Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del día 3, detectando un mantenimiento del dolor en intensidad leve (EVA=2.5), esto durante las 24 horas correspondientes; la paciente sigue reportando el síntoma de "tristeza" como inexistente (EVA=0). El síntoma de "inutilidad" siguió presentando una intensidad leve (EVA=2.5) hasta el segundo registro del día, ya que en los registros restantes la paciente reporta a este síntoma como inexistente (EVA=0).
- Se presenta de nuevo a la paciente la evidencia sobre las modificaciones en sus pensamientos y conductas, y la repercusión que esto tuvo en sus emociones; se subraya el cambio en la distorsión cognitiva de categorización y se refuerza verbalmente la práctica de respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada, subrayando los efectos que esto le produjo, tanto el deambular por uno de los pasillos del hospital, como el deseo de dormir y comer. Retomando el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre las diversas conductas de afrontamiento con que dispone y el efecto de éstas en sus emociones y percepción del dolor.

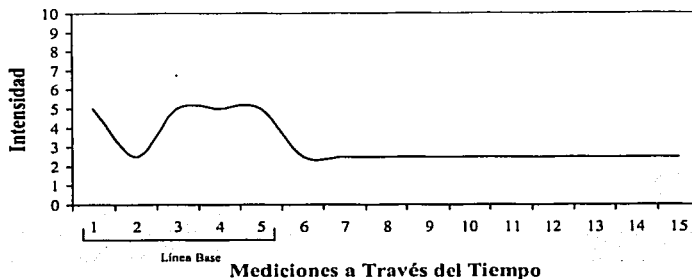
→ Hipótesis de Etiología, Mantenimiento y Modificación de Síntomas

- En cuanto a los síntomas "depresivos" de "tristeza" e "inutilidad", se establece una relación causal determinándolos como producto de pensamientos negativos sobre sí misma, actitudes disfuncionales de perfeccionismo con elevadas autoexigencias y, distorsiones cognitivas de categorización y personalización. En el caso de las distorsión cognitiva de personalización, la paciente generaba estos síntomas "depresivos" al considerar que por el hecho de estar enferma y ser internada, ya no podía atender su quehacer doméstico y por ende no podía controlar las necesidades de su familia. El reestructurar sus ideas acerca de esta situación y contemplando la posibilidad de poder controlar su vida familiar aún desde su cama, permitió que la paciente percibiera una reducción en su estado de "tristeza". Esto se puede apreciar en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del segundo día, después de haber practicado con la paciente una técnica de reformulación de ideas que la ayudó a clarificar el problema real después de haber identificado las auto instrucciones negativas y distorsiones cognitivas, y la orientó acerca de aquellos aspectos en los que aún tiene control o poder ante una situación aparentemente imposable.
- Sin embargo, la distorsión cognitiva de categorización sigue presente y aparentemente mantiene vigente el síntoma de "inutilidad"; en el momento en que la paciente reformula sus ideas acerca de esta situación enfocando de manera diferente los pensamientos negativos, la paciente se enfrenta a su auto instrucción negativa y se le ayuda a cuestionarse a sí misma, obteniendo con ello la pauta para que la paciente abordara el tema con su esposo (pensando ser una carga para él), y posteriormente se percibiera una reducción significativa en su síntoma de "inutilidad". Esto se puede apreciar en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del tercer día, ya con una reducción en su totalidad de ambos síntomas.
- Tal parece que la disminución de estos síntomas de "tristeza" e "inutilidad" se debió específicamente a la reformulación de ideas a la que fue sometida la paciente; el comportamiento de dolor no parece ser afectado por esta intervención, aunque cabe mencionar que la práctica de respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada tampoco parecen impactar sobre la intensidad del mismo. Es necesario recordar que estas técnicas son sólo adyuvantes a un tratamiento farmacológico ya establecido, y que por lo tanto es adecuado indagar cuales fueron entonces los verdaderos efectos que este tratamiento tuvo sobre el dolor.
- Además, el impacto que la respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada pudieron tener sobre la reducción de los síntomas "depresivos", puede considerarse como reducido ya que así como menciona



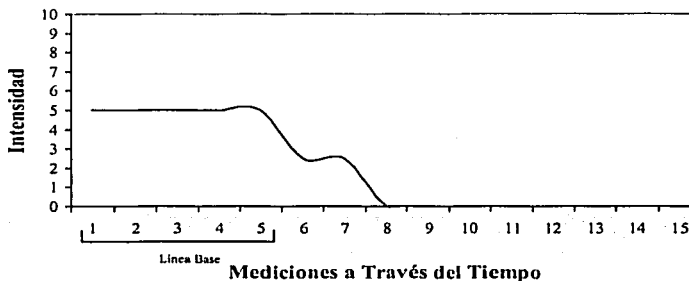
la literatura, lo ideal para el cambio de síntomas depresivos es la reestructuración de las cogniciones del paciente, más no la relajación producida bajo diferentes técnicas. Tal parece que el hecho de que la paciente se percibiera a sí mismo con más herramientas y recursos para enfrentar parte de su problema de cáncer y dolor, le otorgaba una mayor sensación de seguridad y control sobre la situación, lo cual pudo tener más impacto en sus síntomas "depresivos" que el sustrato psicofisiológico mismo de la respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginiería guiada. La representación visual de estos puntos se muestra a continuación:

Gráfica 1.- Comportamiento del dolor en la serie de tiempo (Caso 1)



Se lleva a cabo el cálculo del estadístico C, evaluando primero los datos de intensidad de dolor en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad; se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=1.5$ es $P(Z_c)=0.06$, el cual es mayor que $\alpha=0.05$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la línea base, es decir, es estable⁶⁹. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=1.55$ es $P(Z_c)=0.06$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad de dolor a través del tiempo, no hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

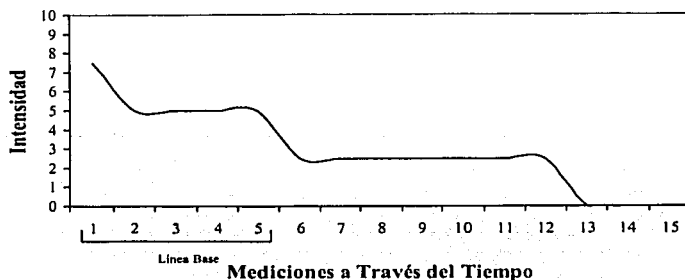
Gráfica 2.- Comportamiento del síntoma de "tristeza" en la serie de tiempo (Caso 1)



De igual manera, evaluando primero los datos de intensidad del síntoma de "tristeza" en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad, visualmente se observa que ésta es estable. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=3.4$ es $P(Z_c)=0.0003$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad del síntoma de "tristeza" a través del tiempo, sí hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

ENCUENTRO CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3.- Comportamiento del síntoma de "inutilidad" en la serie de tiempo (Caso 1)



Por último, evaluando primero los datos de intensidad del síntoma de "inutilidad" en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad, se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=1.45$ es $P(Z_c)=0.07$, el cual es mayor que $\alpha=0.05$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la línea base, es decir, es estable. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=2.96$ es $P(Z_c)=0.001$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad del síntoma de "inutilidad" a través del tiempo, hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN



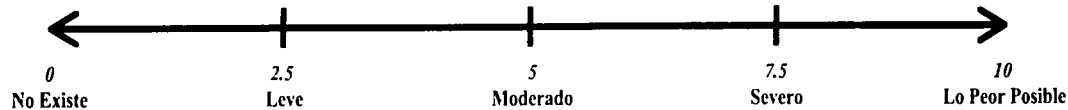
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

DÍA 1

NOMBRE:



HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUÉ ESTO QUE ESTOY PASANDO?
12:00 PM	Moderado (5)	Tristeza (5) Inutilidad (7.5)	Platico con el psicólogo	"Los doctores de Oncología Médica están viendo que van hacer conmigo y yo ya quiero estar con mis hijos en la casa"
2:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (5) Inutilidad (5)	Platico con mi esposo	"Me preocupa que poco a poco veo menos con un ojo y también quisiera saber como la están pasando mis hijos"
5:00 PM	Moderado (5)	Tristeza (5) Inutilidad (5)	Recostada	"Si sigo con dolor voy a estar más tiempo en el hospital; con tantas cosas que hay que hacer en mi casa y yo aquí sin hacer nada"
11:15 PM	Moderado (5)	Tristeza (5) Inutilidad (5)	Recostada	"Espero aliviarme pronto para seguir con mi vida"
10:00 AM	Moderado (5)	Tristeza (5) Inutilidad (5)	Recostada	"Quiero volver a casa; necesito atender a mis hijos y a mi marido"

TRISIS CON FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

DÍA 2

NOMBRE:



HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR?	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD?	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUÉ ESTO QUE ESTOY PENSANDO?
1:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (2.5) Inutilidad (2.5)	Hago una carta para mi hermana y otra para mis hijos	"No le hace que esté lejos de mi casa; puedo ayudar a mis hijos desde aquí"
4:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (2.5) Inutilidad (2.5)	Respiro y hago relajación	"Me gusta tener algo más para ayudar mi cuerpo"
6:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (2.5)	Platico con mi compañera de al lado	"Me siento bien con la ayuda de mucha gente"
10:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (2.5)	Respiro y hago relajación	"Sigo con poco dolor, pero me siento más tranquila y con ganas de dormir"
9:00 AM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (2.5)	Camino por el pasillo del hospital	"A veces me desespero por pedirle a mi esposo que me ayude hasta para ir al baño"

IMPRESO POR
FALLA DE ORIGEN



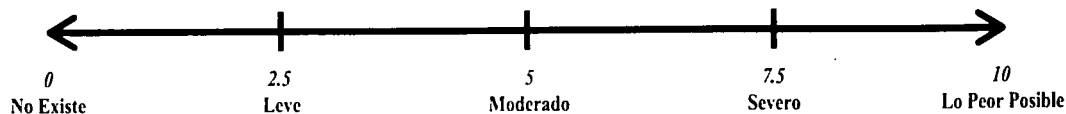
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

DÍA 3

NOMBRE:



HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUE ESTO QUE ESTOY PENSANDO?
2:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (2.5)	Respiro, hago relajación y también imagino	"Está bien que mucha gente lo ayude a uno, así como los doctores, el psicólogo y las señoritas voluntarias"
3:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (2.5)	Camino por el pasillo	"Me siento más tranquila y ya recibí noticias buenas de mis hijos; sigo sin ver bien con un ojo"
6:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (0)	Platico con mi esposo	"Ya le pregunte a mi esposo que si que piensa él con ayudarme hasta para ir al baño y él me dijo que no hay problema"
11:00 PM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (0)	Respiro, hago relajación y también imagino	"Voy a dormir descansada y agusto"
10:30 AM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Inutilidad (0)	Hablo por teléfono con mi hijo grande	"Tengo hambre y quiero comer mucho"

TEGIE CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 Caso Dos

Paciente femenina, 49 años, católica; ingresa con diagnóstico de cáncer cérvicouterino, más sangrado transvaginal activo con insuficiencia renal crónica secundaria a obstrucción ureteral por tumor. Evoluciona presentando síndrome urémico y desequilibrio electrolítico con hiperkalemia e hipertensión sistémica secundaria. Ingres a protocolo de tratamiento cognitivo-conductual en diciembre de 2002, con síndrome doloroso mixto tipo visceral y somático crónico agudizado en región pélvica, secundario a actividad tumoral e involucro ureteral. Se manejaron opiáceos. Es dada de alta hospitalaria el 13 de diciembre de 2002, posterior al manejo y adecuación de condiciones generales, afebril, hidratada y orientada en tres planos, pero con oliguria.

Sesión 1

Diagnóstico

- Paciente que acepta ingresar al protocolo, con un Karnofsky del 90%; puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente; estado de conciencia alerta. En compañía de su sobrino en hospitalización; redes de apoyo suficientes y funcionales.
- La paciente reporta un dolor de intensidad moderada (EVA=5), de carácter somático y visceral, localizado en abdomen y de duración intermitente. El dolor aumenta de intensidad al "sentarse", por lo que la paciente mantiene una postura anti-álgica "recostada". La paciente no conoce el nombre de los analgésicos que consume para controlar su dolor y desea enterarse aún mas de ellos ya que "ha escuchado que algunos de estos medicamentos la pueden volver loca y adicta", lo cual le preocupa bastante. A nivel afectivo y cognitivo/subjetivo, la paciente refiere síntoma "depresivo" de "tristeza" y síntoma "ansioso" de "preocupación", con una intensidad moderada y severa (EVA=5 y EVA=7.5) respectivamente. A nivel fisiológico la paciente reporta alteraciones del apetito.

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se aborda verbalmente el tema de "Teoría de la Compuerta" y "El rol de los fármacos" como parte del programa de educación para la salud, dejando a la paciente un breve texto con información relacionada al tema para reforzar lo expuesto y se le pide que registre durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión y ansiedad, conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos la próxima sesión al siguiente día.

Sesión 2

Diagnóstico

- La paciente obtiene un puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en persona, espacio y tiempo; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente. Acompañada del esposo de una sus hijas en hospitalización.

Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del primer día, detectando un dolor en intensidad moderada (EVA=5) con un incremento a intensidad severa (EVA=7.5) en el segundo registro y vuelta a la intensidad inicial por el resto del día, esto durante las primeras 24 horas en línea base; en el síntoma de "tristeza" se presenta una intensidad moderada (EVA=5), pero un incremento a partir del cuarto registro, pasando de una intensidad inicial moderada a una intensidad severa (EVA=7.5) y manteniéndose en este último nivel a lo largo de la línea base. El síntoma de "preocupación" se mantuvo en una intensidad severa (EVA=7.5) durante toda la línea base.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- A nivel cognitivo se identifican creencias irracionales acerca de necesitar el amor y la aprobación de todas las personas significativas de su entorno, lo cual conlleva a probables ganancias secundarias, y distorsiones cognitivas de magnificación. Se presenta a la paciente la evidencia sobre sus pensamientos, conductas, emociones y dolor, haciendo énfasis en las creencias irracionales y ganancias secundarias debido su condición médica y las distorsiones cognitivas como la magnificación.
- Basado en el tema de la "Teoría de la Compuerta", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre pensamientos, conductas y emociones, así como la posible influencia de estos en la percepción del dolor, sin llegar a concluir que su escasa respuesta a los analgésicos se debe a ello. Se le explica el porqué resulta benéfico modificar todos estos componentes, en especial las creencias irracionales y los pensamientos distorsionados que pueden elicitar todas estas ideas.

Práctica de Tratamiento

- Se retoma el tema de "El rol de los fármacos", donde la paciente argumenta haber entendido la explicación inicial y el texto de apoyo que se le dejó, pero que en realidad ella "no cree en las medicinas" y que además "pueden hacerle más daño que ayudarla", por lo que no ha solicitado ningún "rescate" de morfina hasta la fecha. Se aborda cada uno de los puntos específicos de este tema (efectos secundarios, tolerancia, adicción y dependencia física)
- Se menciona a la paciente aquellos casos semejantes al suyo donde hubo una respuesta benéfica en cuanto al uso de analgésicos opioides, y además se le explica la forma de contrarrestar todos aquellos efectos secundarios que posiblemente se presente en ella, más siendo una paciente "virgen" a opioides. Todo esto fue reforzado por los comentarios de otra paciente al lado, lo cual aparentemente brindó una mayor credibilidad a la presentación didáctica.
- En relación a las creencias irracionales acerca de necesitar el amor y la aprobación de todas las personas significativas de su entorno lo cual conlleva a probables ganancias secundarias, se utiliza una técnica de reformulación para desafiar los pensamientos automáticos⁵⁶, primero identificando los mismos para después ubicarlos dentro de una creencia irracional⁶⁰, se plantea un cuestionamiento obteniendo la siguiente respuesta por parte de la paciente:

T: ¿Cómo puede usted cambiar su forma de pensar ante el hecho de que mañana se despierte y se da cuenta que este día tampoco vinieron a visitarla toda su familia?

P: *"Pensando que si no vinieron todos es porque cada uno de ellos tienen sus obligaciones y que no se puede que vengan todos ya que no los dejarían entrar hasta acá; además, creo que con la ayuda de uno de ellos está bien, aunque es bueno que vengan varios para que descansen los que ya estuvieron conmigo"*

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se aborda verbalmente el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)" como parte del programa de educación para la salud. Posteriormente se toman medidas de signos vitales (TA=160/100, FC=60 y FR=12) para inmediatamente después iniciar el entrenamiento en respiración profunda, seguido de entrenamiento autógeno. La paciente reporta un estado de "muy relajada" y este reporte subjetivo es cotejado con una segunda medición de signos vitales (TA=160/90, FC=60 y FR=10), concluyendo que fisiológicamente existían datos para corroborar el reporte subjetivo de intensa relajación, ya que se han reportado reducciones de 10-20 mmHg para la presión sistólica ó 5-10 mmHg para la presión diastólica, que aunque son ciertamente moderadas también lo son significativas.
- Se deja a la paciente un breve texto con información relacionada al tema de la relajación para reforzar lo expuesto y se le pide que anote durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión y ansiedad, y conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos la próxima sesión al siguiente día, así como pedirle practicar respiración profunda y entrenamiento autógena mínimo dos veces al día.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sesión 3**Diagnóstico**

- La paciente obtiene un puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente. Acompañada de su hija en hospitalización.

Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del día 2 detectando un mantenimiento del dolor en intensidad moderada (EVA=5), pero una reducción del mismo en el segundo registro a intensidad leve (EVA=2.5) y una desaparición del síntoma a partir del tercer registro (EVA=0) durante las 24 horas correspondientes; se observa una reducción en el síntoma de "tristeza" a una intensidad moderada (EVA=5) en el primer y segundo registro, y una reducción adicional en el tercer registro a una intensidad leve (EVA=2.5) y una desaparición del síntoma a partir del cuarto y quinto registro (EVA=0) al final de las 24 horas correspondientes. En el síntoma de "preocupación" también hubo un decremento pasando a una intensidad moderada (EVA=5) en el primer, segundo y tercer registro, y una reducción adicional a una intensidad leve (EVA=2.5) en el cuarto y quinto registro a lo largo del día.
- Se presenta a la paciente la evidencia sobre algunas modificaciones en sus pensamientos y conductas, y la repercusión que esto tuvo en sus emociones y percepción del dolor, haciendo énfasis en su adherencia al manejo farmacológico y el cambio en sus ideas acerca del temor a efectos secundarios y adicción a los opioides; se subraya el cambio en la distorsión cognitiva de magnificación acerca de creer ser una paciente sin la posibilidad de controlar su dolor y la modificación en su creencia irracional acerca de siempre estar rodeada de familiares recibiendo toda la atención posible, todo esto con una reducción en sus síntomas de "tristeza" y "preocupación"; además, se refuerza verbalmente la práctica constante de respiración profunda y entrenamiento autógeno. Retomando el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre las diversas conductas de afrontamiento con que dispone y el efecto de éstas en sus emociones y percepción del dolor.

Práctica de Tratamiento

- Validando los pensamientos y emociones a modo de intervención en crisis, se busca "normalizar" el síntoma de "preocupación" argumentando a la paciente que su reacción ante el hecho de no contar con la información necesaria sobre su tratamiento y pronóstico, su síntoma de "preocupación" es algo sumamente natural y que cualquier persona reaccionaría de tal modo. Ante ello, la paciente refiere entender el mensaje y que sólo le queda esperar tal información.

Presentación Didáctica y Asignación de Tareas

- Se retoma el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)" como parte del programa de educación para la salud. Posteriormente se inicia la práctica de respiración profunda, de entrenamiento autógeno y después entrenamiento en imaginación guiada. La paciente reporta de nuevo un estado de "muy relajada". Se le pide a la paciente que anote durante el día cuatro registros más sobre intensidad de dolor, de síntomas de depresión, conductas y pensamientos en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo para analizarlos en la última sesión al siguiente día, así como pedirle practicar respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada mínimo dos veces al día.

Sesión 4**Diagnóstico**

- La paciente obtiene un puntaje de 30/30 en el examen mental: orientada en tiempo, espacio y persona; memoria reciente y remota conservadas; atención y concentración normales; lenguaje fluido, coherente y congruente.

TRICIS CON
FALLA DE ORIGEN

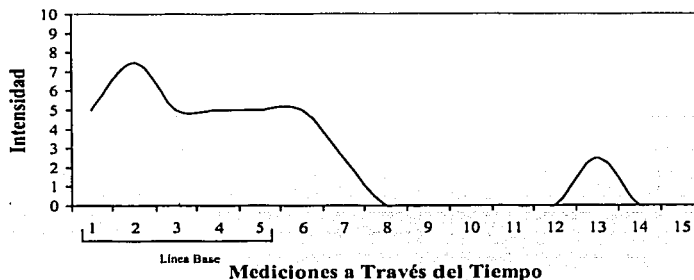
Revisión de Tareas

- Se analiza el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del día 3, detectando la inexistencia del dolor (EVA=0) en el primer y segundo registro, con un leve incremento en el mismo a una intensidad leve (EVA=2.5) en el tercer registro y una posterior eliminación del síntoma en el resto de los registros; la paciente sigue reportando el síntoma de "tristeza" como inexistente (EVA=0). El síntoma de "preocupación" siguió presentando una intensidad leve (EVA=2.5) durante todo el día.
- Se presenta de nuevo a la paciente la evidencia sobre las modificaciones en sus pensamientos y conductas, y la repercusión que esto tuvo en sus emociones; se subraya la vigencia del síntoma de "preocupación" lo cual se le adjudica la calidad de respuesta normal ante una situación semejante y se refuerza verbalmente la práctica constante de respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginiería guiada, subrayando los efectos de "sentirse más tranquila" que esto le produjo, así como el deambular por uno de los pasillos del hospital para mejorar su tránsito intestinal, el deseo de dormir y comer, y su adherencia al tratamiento farmacológico.
- Retomando el tema de "El Autodominio en el dolor (el rol de la relajación)", se le da una explicación acerca de la interrelación existente entre las diversas conductas de afrontamiento con que dispone y el efecto de éstas en sus emociones y percepción del dolor.

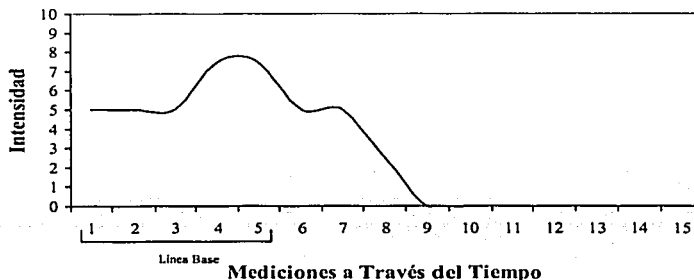
→ *Hipótesis de Etiología, Mantenimiento y Modificación de Síntomas*

- En cuanto al síntoma "depresivo" de "tristeza" y el síntoma "ansioso" de "preocupación", se establece una relación causal determinándolos como producto de creencias irracionales acerca de necesitar el amor y la aprobación de todas las personas significativas de su entorno lo cual conlleva a probables ganancias secundarias y una distorsión cognitiva de magnificación.
- En el caso de las distorsión cognitiva de magnificación, la paciente generaba parte del síntoma "ansioso" de "preocupación" por sus ideas acerca de no encontrar un manejo posible de su dolor, aunado a "información" que se le dio acerca de que los fármacos a utilizar en ella sólo le generarían efectos secundarios desagradables y además la convertirían en adicta.
- El proporcionarle información verídica acerca de los beneficios que estos fármacos le proporcionarían, el manejo adecuado de los efectos secundarios no deseados si es que estos se presentaban y ante el hecho de corroborar por sí misma estos beneficios, la paciente mostró una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, reduciendo francamente el síntoma de "preocupación" aún cuando este no haya desaparecido del todo, sobre todo por ser una paciente con un pronóstico reservado, reacción que es de esperarse.
- En cuanto a las creencias irracionales acerca de necesitar el amor y la aprobación de todas las personas significativas de su entorno lo cual conlleva a probables ganancias secundarias, en el momento de reestructurar sus ideas acerca de esta situación ubicándolas dentro de una creencia irracional y haciendo énfasis en los efectos que esto le produce, la paciente sustituye este tipo de pensamientos permitiendo que la misma percibiera una reducción y eliminación de su estado de "tristeza". Esto se puede apreciar en el Registro de Dolor y Bienestar Subjetivo del segundo día, después de haber practicado con la paciente una técnica de reformulación para desafiar los pensamientos automáticos.
- Tal parece que la disminución total del síntoma de "tristeza" y la reducción parcial del síntoma de "preocupación" se debió específicamente a la reformulación de ideas a la que fue sometida la paciente y al manejo didáctico sobre los efectos secundarios y adicción por opioides, y por supuesto a la reducción misma de del dolor. El comportamiento de dolor parece ser afectado totalmente por el manejo farmacológico aunque cabe mencionar que la práctica de respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginiería guiada impactaron específicamente en el estado subjetivo de "tranquilidad" que la paciente reporta. La representación visual de estos puntos se muestra a continuación:

RECIBIDO CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4.- Comportamiento del dolor en la serie de tiempo (Caso 2)

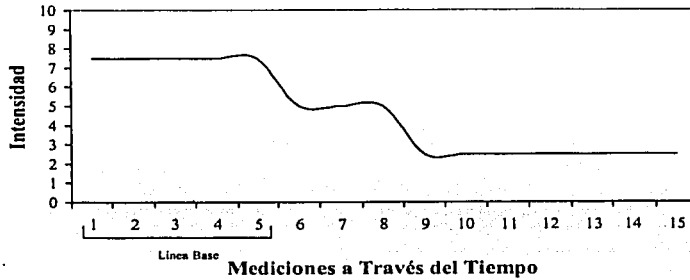
Se lleva a cabo el cálculo del estadístico C, evaluando primero los datos de intensidad de dolor en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad; visualmente se observa que éste aumenta de intensidad por lo que posiblemente no es estable, pero resulta conveniente para fines de la intervención. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=1.56$ es $P(Z_c)=0.05$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad de dolor a través del tiempo, si hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

Gráfica 5.- Comportamiento del síntoma de "tristeza" en la serie de tiempo (Caso 2)

De igual manera, evaluando primero los datos de intensidad del síntoma de "tristeza" en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad; visualmente se observa que éste aumenta de intensidad por lo que posiblemente no es estable, pero resulta conveniente para fines de la intervención. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=1.59$ es $P(Z_c)=0.05$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad del síntoma de "tristeza" a través del tiempo, si hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 6.- Comportamiento del síntoma de "preocupación" en la serie de tiempo (Caso 2)



Por último, evaluando primero los datos de intensidad del síntoma de "preocupación" en línea base para determinar si en este conjunto de datos existe estabilidad, visualmente se puede observar que éste muestra una misma intensidad en toda la línea base, es decir, es estable. Posteriormente se buscó determinar si la intervención produjo efectos estadísticamente significativos, donde se encontró que el valor de probabilidad asociado más allá de $Z_c=3.77$ es $P(Z_c)=0.0001$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la línea base y la intervención. Esto significa que en términos de intensidad del síntoma de "preocupación" a través del tiempo, hubo un impacto significativo por parte de la intervención para reducir la intensidad del síntoma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



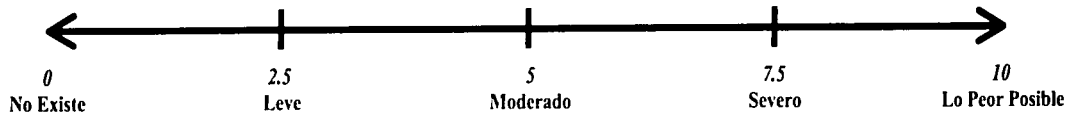
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

DÍA 1

NOMBRE:



HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y O ANSIEDAD	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUÉ ES LO QUE ESTOY PENSANDO?
1:40 PM	Moderado (5)	Tristeza (5) Preocupación (7.5)	Me bañé	"Espero que los doctores me digan que hay para mí"
3:20 PM	Severo (7.5)	Tristeza (5) Preocupación (7.5)	Platicando con Clemente	"Creo que el tratamiento que me dan no me va a quitar el dolor y además me va a volver loca"
6:00 PM	Moderado (5)	Tristeza (5) Preocupación (7.5)	Me puse a orar	"Si no hay cura para mi dolor, menos para mi enfermedad"
10:00 PM	Moderado (5)	Tristeza (7.5) Preocupación (7.5)	Me dormí	"Quisiera que el día de mañana me vengan a ver todos los de mi familia; parece que se les olvidó que a un enfermo hay que cuidarlo siempre"
1:10 PM	Moderado (5)	Tristeza (7.5) Preocupación (7.5)	Voy a comer a ver si puedo	"Estoy muy preocupada por lo que me puede pasar"

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN



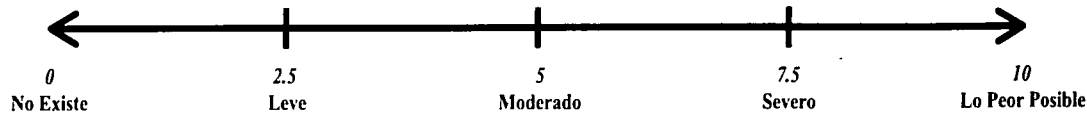
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

DÍA 3

NOMBRE:



HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y O ANSIEDAD	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUÉ ESTO QUE ESTOY PENSANDO?
2:00 PM	Sin dolor (0)	Tristeza (0) Preocupación (2.5)	Veo la televisión y platico con mi vecina	"Los doctores me dijeron que todavía están averiguando sobre mi; mejor me calmo"
8:00 PM	Sin dolor (0)	Tristeza (0) Preocupación (2.5)	Hago tarea	"Me siento más tranquila"
7:30 AM	Leve (2.5)	Tristeza (0) Preocupación (2.5)	Pido un "rescate" y hago tarea	"Ya sé que tengo que hacer cuando tengo dolor"
11:00 AM	Sin dolor (0)	Tristeza (0) Preocupación (2.5)	Voy a caminar; me dijeron que camine por el estreñimiento	"Cuando venga mi otra hija, le voy a decir que me van a dar de alta pronto"
2:40 PM	Sin dolor (0)	Tristeza (0) Preocupación (2.5)	Me estoy peinando	"El fin de semana me dan de alta; estoy contenta por volver a mi casa"

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

IV. DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente, se obtuvieron siete réplicas donde hubo una reducción significativa en los síntomas de "depresión" y/o "ansiedad" en todas ellas, teniendo como síntomas principales la tristeza, inutilidad, preocupación, ideas suicidas, llanto y miedo, asociados a pensamientos negativos hacia sí mismo, distorsiones cognitivas de pensamientos de todo o nada, conclusiones apresuradas, magnificación, categorización, personalización y afirmaciones imperativas, creencias irracionales de búsqueda de aprobación y considerarse competente para ser valioso, así como actitudes disfuncionales sobre los derechos personales con demandas excesivas de atención, y de perfeccionismo con elevadas autoexigencias.

Sólo en dos de los participantes hubo una reducción significativa en la intensidad de dolor, tanto de tipo somático, visceral y neuropático. Según esto, el protocolo de tratamiento cognitivo-conductual tuvo un mayor impacto en el bienestar subjetivo de los pacientes que en su calidad de vida. Por lo tanto, es recomendable una mayor cantidad de réplicas no con el fin de generalizar los resultados a toda esta población, sino para contrastar todas las réplicas posibles.

Este resultado estadísticamente no significativo en la reducción del dolor en cinco de los participantes, no pone en entredicho la eficacia del tratamiento farmacológico, ya que el protocolo de tratamiento cognitivo-conductual abordó a los pacientes en sólo cuatro sesiones, más en los días subsiguientes todos los participantes presentaron un adecuado manejo del dolor. Además, aunque la prueba estadística no haya identificado diferencias en el comportamiento del dolor en el tratamiento con respecto a la línea base, la reducción en el mismo durante el protocolo es clínicamente significativo con decrementos aproximados al 50% en la intensidad.

Por otro lado, así como mencionan Melzack y Wall³ en su Teoría de la Compuerta acerca de la íntima relación entre dolor, distorsiones cognitivas, esquemas y actitudes disfuncionales, creencias irracionales y un deterioro en el bienestar subjetivo, desde el punto de vista cognitivo-conductual se presupone que estos factores psicológicos mantienen y/o exacerban la percepción del dolor. En la dinámica de los participantes en este estudio no se identificó claramente tal relación, aunque con mesura se puede argüir que después de reducir significativamente los síntomas de "depresión" y/o "ansiedad", se dieron las condiciones para un más adecuado manejo del dolor desde el punto de vista farmacológico, sin menospreciar jamás este último.

Aún cuando no se haya impactado profundamente en el síntoma de dolor, desde el punto de vista del constructo de "dolor total"³² todo impacto que se tenga en cualquiera de sus dimensiones en el paciente es un paso importante en el apoyo que se puede brindar a este tipo de población; es decir, independientemente del pronóstico en el paciente, sea que éste se encuentre aún con opciones de curación y control o en su defecto se encuentre fuera de todo tratamiento curativo y más bien de soporte, la implicación que tiene este tipo de intervenciones para un individuo con tales características es de suma importancia. Las intervenciones psicológicas de este rubro siempre serán adyuvantes a un tratamiento farmacológico, por lo que jamás se deberá sustituir a este último; en ese sentido, la comunicación con el equipo médico será de fundamental importancia, pero siempre tomando como punto de partida el reporte subjetivo del paciente, que es la piedra angular de este tipo de tratamientos.

Definitivamente es una prioridad llevar a cabo una mayor cantidad de investigación y clínica psicológica en este tipo de población. La literatura correspondiente a las intervenciones psicológicas en el manejo del dolor no oncológico es basta y profunda, con resultados interesantes y cada día con mayor aplicación; sin embargo, la intervención psicológica en el manejo del dolor por cáncer es escasa y con algunos errores conceptuales y metodológicos que requieren de modificaciones.

Además, se debe tomar en cuenta que la intervención psicológica en la población con dolor por cáncer va dirigida inicialmente a aspectos educativos que originen en el paciente un mayor entendimiento acerca de su condición médica y de las opciones que tiene para tratar con su problema; sin embargo, esto va más allá de que el paciente comprenda su condición y por ende es necesario abordar las cogniciones, emociones, conductas, reacciones físicas y medio ambiente que éste posea. La sensibilidad que todo psicólogo debe tener para identificar, analizar y relacionar entre sí todos estos puntos es la pauta para una adecuada intervención, así como conseguir que el paciente mismo se involucre activamente en su intervención farmacológica y psicológica.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

No es fácil obtener esto, ya que existen limitaciones estructurales, idiosincrásicas, conceptuales y metodológicas que hacen de esta tarea algo sumamente difícil, todo esto en el equipo médico, paramédico y también psicológico. Por último, es recomendable abordar también algunos conceptos relacionados al dolor como lo son el locus de control⁴⁵ y la autoeficacia⁴⁶ en los pacientes, que como es de esperarse no se han abordado en este tipo de población.

IMPRESION CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL

EXAMEN MIND-ENT

Marshal y Susan Folstein
Journal of Psychiatry Research



Nombre:

ORIENTACIÓN

Puntaje Máximo	Puntaje	
5	()	¿ Qué año, mes, fecha, día y estación es?
5	()	¿ Dónde estamos: país, ciudad, colonia, hospital, piso?

MEMORIA RECIENTE

3	()	Nombrar 3 objetos: 1 segundo para decir cada uno. Luego preguntar al paciente los 3. Dar 1 punto para cada respuesta correcta. Repita hasta que el paciente aprenda los 3. Escriba el número de intentos:
---	-----	--

ATENCIÓN Y CÁLCULO

5	()	Pedir contar del 100 hacia atrás de 7 en 7. Un punto para cada respuesta correcta; detener después de 5 respuestas. Alternativa: deletrear la palabra "....." al revés.
---	-----	---

MEMORIA REMOTA

3	()	Preguntar por los 3 objetos previos. Un punto para cada respuesta correcta.
---	-----	---

LENGUAJE

9	()	<ul style="list-style-type: none"> • Nombrar un lapicero y un reloj (2 puntos). • Repetir una oración (1 punto). • Seguir instrucción de 3 etapas: "Toma esta hoja en tu mano derecha, dóblala a la mitad y ponla en el piso" (3 puntos). • Lee y obedece lo siguiente: "Cierra tus ojos" (1 punto). • Escribe una oración (1 punto). • Copiar el dibujo (1 punto).
---	-----	---

PUNTAJE TOTAL:

Evaluar el nivel de conciencia en el continuum: Alerta → Somnolencia → Estupor → Coma

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



ESCALA DE KARNOFSKY

%	Deambulación	Enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100	Completa	Actividad normal, sin evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Actividad normal con alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo y alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
70	Reducida	Incapaz de realizar labores normales y alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
60	Reducida	Incapaz de realizar trabajo doméstico o de distracción, con enfermedad significativa	Necesita asistencia ocasional	Normal o reducida	Completa o confusión
50	Principalmente Sillón/Cama	Incapaz de hacer ningún trabajo. Enfermedad extensa	Requiere asistencia considerable	Normal o reducida	Completa o confusión
40	Principalmente en cama	Incapaz de hacer ningún trabajo. Enfermedad extensa	Principalmente con asistencia	Normal o reducida	Completa, somnolencia o confusión
30	Totalmente en cama	Incapaz de hacer ningún trabajo. Enfermedad extensa	Cuidado total	Reducida	Completa, somnolencia o confusión
20	Totalmente en cama	Incapaz de hacer ningún trabajo. Enfermedad extensa	Cuidado total	Mínima (sorbos)	Completa, somnolencia o confusión
10	Totalmente en cama	Incapaz de hacer ningún trabajo. Enfermedad extensa	Cuidado total	Sólo cuidados de la boca	Somnolencia o coma
0	Muerte	-	-	-	-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

47



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



RESPIRACIÓN PROFUNDA

1. Toma una respiración profunda y exhala el aire por tu boca de forma lenta.
2. Concéntrate en tu respiración y vuelve a respirar; deja que tu estómago y tu pecho se llenen de aire y lentamente vacíalos.
3. Ahora deja que tus brazos cuelguen a ambos lados de tu cuerpo. Vuelve a respirar y haz un círculo con los brazos hacia tu espalda. Exhala mientras pasas tus brazos en círculos frente a ti y crúzalos alrededor de tu cuerpo como si estuvieras abrazando una almohada. Respira y exhala de nuevo en esa posición.
4. Respira de nuevo mientras pasas tus brazos en círculo hacia tu espalda...detén 5 segundos tu respiración...y expirando pasa tus brazos en círculo de nuevo hacia el frente.
5. Concéntrate en tu respiración y vuelve a respirar en esa posición; deja que tu estómago y tu pecho se llenen de aire y lentamente vacíalos.
6. Ahora deja que tus brazos cuelguen a tus lados,
7. Respira de nuevo y arquea y estira suavemente tu espalda dejando que tu cabeza cuelgue hacia atrás. Mantén la respiración y exhalas mientras vuelves a posición recta inicial. Suavemente inclina tu cabeza hacia delante.
8. en tres ocasiones más continúa respirando así, tranquila y suavemente. Arquea la espalda cuando tomas el aire y vuelves a poner el cuerpo en posición sentada recta, según vas expulsando el aire. Hazlo suavemente.

RECIBIDA EN
FALLA DE ORIGEN



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL**



ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

1. Cierra los ojos e imagina que tu mano derecha se está calentando poco a poco y se va poniendo pesada. En cada espiración de aire, la sensación de calor y pesadez se hace mayor, hasta que la sientes demasiado pesada como para moverla.
2. Ahora siente como con cada espiración de aire, esa sensación de pesadez y calor empieza en tu pulgar, después se va hacia el índice, hacia el dedo corazón, hacia el anular y por último hacia el meñique. Esta sensación de calor y pesadez se va hacia toda la palma de tu mano, deteniéndose en la muñeca. Es una sensación agradable, cálida, pesada y de entumecimiento que sientes en tu mano derecha.
3. Coloca tu mano derecha sobre la parte del cuerpo que te duele e imagina que todo ese calor y pesadez se va hacia esa parte de tu cuerpo y que absorbe este entumecimiento. Cuando sientas que has terminado con ello, devuelve toda la pesadez y calor a tu mano derecha.
4. Ahora siente como todo ese calor y pesadez entra por la muñeca a tu mano, hacia tu palma, hacia el meñique, el anular, el dedo corazón, el índice y por último el pulgar. Siente tu mano caliente y pesada.
5. Ahora siente tu mano poco a poco más y más ligera en cada respiración; siente como se va normalizando así como tu mano izquierda.
6. Cuenta hasta tres y abre los ojos.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL**



IMAGINERÍA GUIADA

1. Imagínate en una pradera, con el sol brillando en el cielo y una suave brisa que toca tu rostro.
2. Visualiza un camino; a medida que caminas por él, te invade una total sensación de seguridad y confianza. Puedes escuchar a los pájaros cantando en los árboles y oler el suave aroma de las flores. Sigue el camino hasta llegar a una casa en lo alto de una colina.
3. Llega a la casa y abre la puerta principal. Ya adentro, estarás en una habitación dividida en dos por un muro de plástico transparente.
4. Siéntate cómodo frente al muro de plástico.
5. Ahora toma tu dolor y ponlo en la otra parte del muro de plástico. Ya que lo pongas al otro lado, el dolor no se moverá hasta que tú lo ordenes.
6. Ponle un color a tu dolor, dale una forma y un tamaño (con imágenes reales o dibujos).
7. Observa ahora como se comporta tu dolor. ¿Se mueve, grita o te mira amenazadoramente?, ¿cómo te hace sentir estar frente a él?.
8. Ahora pregúntale a tu dolor y escucha sus respuestas: ¿Por qué estás aquí?, ¿qué puedo aprender de ti?, ¿cuándo te largarás?, ¿podemos convivir de aquí en adelante?.
9. Si deseas preguntarle otra cosa a tu dolor, hazlo.
10. Ahora cambia la imagen de tu dolor; por ejemplo, si parece una mancha opaca, colócalo dentro de un cesto de la basura y aléjalo de ti. No destruyas la imagen de tu dolor, sólo deja que su imagen aparezca libremente. Si está caliente, enfríalo. Si es afilado, suaviza los bordes. ¿Cómo te sientes al cambiar tu dolor a tu antojo?, ¿se produce algún cambio en tu sensación de dolor mientras lo modificas?.
11. Ya que terminaste de cuestionar a tu dolor y de cambiarlo de forma, toma una de las siguientes decisiones:
 - Devuelve todo el dolor a tu cuerpo.
 - Deja el dolor detrás del muro de plástico.
 - Devuelve a tu cuerpo sólo una parte de tu dolor.
12. Ya que tomaste una decisión, camina hacia la puerta de la casa y ciérrala por fuera.
13. Aléjate de la casa y camina hacia el sol por la pradera.
14. Ahora abre los ojos.

**TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN**



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL

Modelo de Atención Psicológica a
Enfermos Crónico-Degenerativos



INTERVENCIÓN EN CRISIS

EVALUACIÓN

1. Entrevista de impresión diagnóstica.
2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica.
3. Elaboración del reporte de evaluación diagnóstica.
4. Elaboración del plan de tratamiento.

INICIO DE TRATAMIENTO

Primer Nivel

Educación para la salud:

- a) Información sobre el padecimiento físico y/o intervención médica y/o psicológica.
- b) Adherencia al tratamiento.
- ✓ Conductas de salud.
- ✓ Cambios en el estilo de vida.
- ✓ Conductas reductoras de riesgo.
- ✓ Cambio de hábitos.

Exposición
Biblioterapia.

Segundo Nivel

Entrenamiento social para el cuidado de la salud:

- a) Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico.
- b) Entrenamiento en habilidades para el establecimiento de apoyo social.

Técnicas de entrenamiento
✓ Modelamiento.
✓ Moldeamiento
✓ Juego de roles.
✓ Simulación.
✓ Retroalimentación correctiva.

Tercer Nivel

El afrontamiento a la enfermedad: incapacidad y muerte (modelo de autorregulación):

- a) Reacciones emocionales: ansiedad, depresión, miedo, angustia e ira.
- ✓ Búsqueda y conservación de una autoimagen satisfactoria.
- ✓ Creencias sobre la enfermedad.
- b) Reacciones adaptativas
- ✓ Hacer frente al dolor e incapacidad.
- ✓ Preservar las relaciones familiares y sociales
- ✓ Solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto.

Técnicas de intervención
✓ Manejo de ansiedad.
✓ Habilidades sociales.
✓ Desensibilización sistemática.
✓ Manejo de contingencias.
✓ Terapia racional emotiva.
✓ Solución de problemas y toma de decisiones.
✓ Biorretroalimentación.
✓ Contracondicionamiento encubierto.
✓ Autocontrol.

Líneas de Investigación

Elaboración, estandarización, confiabilidad y validación de instrumentos de medición sobre depresión, ansiedad, calidad de vida, bienestar subjetivo, adherencia terapéutica, locus de control, autoeficacia y aplicación de protocolos en todos estos rubros.

TRABAJO
FUNDACIÓN

APÉNDICES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL**



**ENTREVISTA DE
VALORACIÓN INICIAL**

Nombre:

1. ¿Tiene dolor?

Si No

2. Si 0 es "Sin dolor" y 10 es "El peor dolor posible", ¿cómo califica su dolor en este momento?

3. ¿Dónde se localiza su dolor?

<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro(s)	<input type="checkbox"/> Espalda (T)
<input type="checkbox"/> Brazo(s)	<input type="checkbox"/> Mano(s)	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Estómago	<input type="checkbox"/> Espalda (P)
<input type="checkbox"/> Codo(s)	<input type="checkbox"/> Pelvis	<input type="checkbox"/> Glúteos	<input type="checkbox"/> Recto/Año	<input type="checkbox"/> Genitales
<input type="checkbox"/> Pierna(s)	<input type="checkbox"/> Pie(s)	<input type="checkbox"/> Otros		

4. ¿Cómo describe su dolor?

Sordo, palpitante (visceral)
 Punzante, agudo, taladrante (somático)
 Quemante, choque eléctrico (neuropático)

5. ¿La duración de su dolor es?

Constante
 El dolor viene y va
 Ambos

6. ¿Hay algo que empeore el dolor, como el moverse o caminar?

7. ¿Hay algo que disminuye el dolor?

8. Liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (también los medicamentos no especificados por su doctor)

9. ¿Tiene algunas preocupaciones acerca de sus medicamentos para el dolor?

10. De la lista de síntomas depresivos y de ansiedad, ¿cuáles posee usted en mayor grado? (ver Hoja de Calificación de Síntomas en Apéndices)

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL**

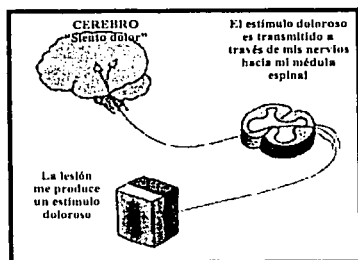


TEORÍA DE LA COMPUERTA

¿QUÉ ES EL DOLOR Y QUE LO CAUSA?

El dolor es *“una sensación desagradable causada por una lesión o por lo que aparentemente es como una lesión”*; esta definición es compleja ya que habla de dos puntos muy importantes:

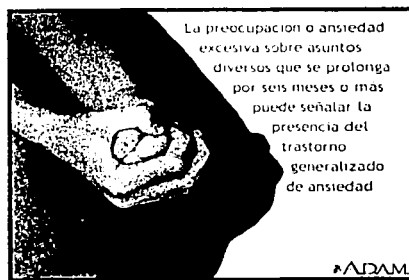
1. Cuando nos lesionamos en el cuerpo, los nervios llevan el estímulo provocado por la lesión hacia la médula espinal, y de ahí se va al cerebro. Este estímulo es procesado en el cerebro y es entonces cuando decimos “siento dolor”. La figura siguiente muestra este proceso:



2. Cada persona tiene una experiencia diferente del dolor. El estado de ánimo, los pensamientos y la personalidad juegan un rol muy importante, por lo cual algunas personas expresarán más dolor que otras.

Hablar de estos dos puntos nos lleva a lo que algunos científicos han llamado *“La Teoría de la Compuerta”*, la cual sugiere que existe un *“sistema de compuerta”* en nuestro sistema nervioso central que *“se abre y se cierra”* para dejar pasar los estímulos de dolor al cerebro o para bloquearlos. Tal parece que los factores psicológicos como la atención al dolor, el estado emocional de la persona y la manera en que un individuo interpreta sus problemas, *“abre y cierra la compuerta”*.

Por ejemplo, los atletas no experimentan dolor durante la intensa actividad de una competencia; sienten dolor hasta que terminan, que es cuando ponen atención a sus heridas. Similarmente, muchos pacientes con dolor descubren que su dolor es peor cuando se sienten deprimidos (emoción que puede *“abrir la compuerta”*), y dejan de percibir su dolor cuando están concentrados haciendo algo que les exige atención o que es agradable. Aunque la causa física del dolor sea la misma, la percepción del dolor puede ser muy diferente de una situación a otra. Las diferencias psicológicas entre las personas también influyen para tener percepciones diferentes del dolor. Dos personas con la misma lesión física, pueden experimentar su dolor de manera muy diferente. Por alguna razón, los pensamientos y las emociones pueden influir directamente en tu dolor, afectando la manera en que te enfrentan a este problema. Por ejemplo, pensar en el dolor antes de que aparezca puede empeorar la situación. Esto puede hacerte sentir angustiado, temeroso y estresado por el resto del día, lo cual te produce más tensión en tus músculos agravando la situación.



Este sentimiento de angustia puede aumentar indirectamente el dolor. Pensar que no puedes controlar tu condición física puede llevarte a *“tirar la toalla”* antes de tiempo. Esto te lleva a ver las cosas más graves de lo que son cuando te enfrentas con episodios de dolor y con las situaciones que los producen o empeoran. Por otro lado, esto puede llevarte a formas no adecuadas de enfrentar la situación, tales como la inactividad y la medicación excesiva.

Algunas interacciones con tus familiares o amigos pueden *“aumentar tu sensación de dolor”* e inadvertidamente ser recompensado por ello; por ejemplo, tus familiares y amigos responden ante tus expresiones de dolor, donde tú podrías obtener el beneficio de ser más atendido y cuidado por ellos tan sólo al demostrarles que tienes dolor.

Sin darte cuenta podrías caer en este tipo de conductas no adecuadas para conseguir más atención y cuidados. Este patrón de conductas conlleva a mantener o aumentar tu dolor.

**TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN**



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



EL ROI DE LOS FARMACOS

El dolor por cáncer puede deberse a la enfermedad, a problemas con el tratamiento o a complicaciones no relacionadas con la enfermedad o con el tratamiento, pero sí a problemas psicológicos o de otra índole. A la hora de controlar el dolor por cáncer, se debe tener en cuenta que se puede eliminar el dolor eficazmente en la mayoría de los casos y con un número pequeño de medicamentos. Los objetivos de controlar el dolor son aumentar las horas de sueño sin dolor, aliviar el dolor durante el reposo y aliviar el dolor para cuando decidas ponerte de pie o llevar a cabo otra actividad. Puedes consumir tus medicamentos ya sea tomándotelos, por medio de una "mariposita" a través de tu piel o a través de tus venas con una sonda. El dolor por cáncer puede ser combatido mediante tres tipos de medicamentos que se pueden cambiar unos por otros de acuerdo a la intensidad de tu dolor; estos son los *anti-inflamatorios* (paracetamol, ketorolaco, ketoprofeno, ibuprofeno, metamizol, rofecoxib), *opioides débiles* (tramadol y darbón) y *opioides fuertes* (morfina <<analfin>> y los parches de fentanyl), y por último, unos medicamentos que no son analgésicos pero también ayudan para aliviar tu dolor y que son los *adyuvantes* (amitriptilina, imipramina, rivotril, carbamazepina, gabapentina).

Para el dolor leve se utilizan los *anti-inflamatorios*, que en ocasiones se utilizan junto con los *adyuvantes*. Cuando el dolor es moderado se aplican los *opioides débiles*, que en ocasiones se utilizan junto con los *anti-inflamatorios* y/o con los *adyuvantes*. Por último, cuando el dolor es severo o insuportable se utilizan los *opioides fuertes*, que en ocasiones se utilizan junto con los *anti-inflamatorios* y/o con los *adyuvantes*. También hay que tomar en cuenta "la forma de tu dolor", es decir, no se utilizan los mismos medicamentos para un dolor que "sientes que te dan un choque eléctrico", en un dolor que "sientes que te clavan un cuchillo". El medicamento no debe consumirse "hasta que aparezca el dolor" o "cuando queramos", sino debe consumirse con un horario fijo para conseguir la cantidad suficiente de medicamento en nuestra sangre durante las 24 horas del día y poder lograr un alivio constante. Esto permite controlar mejor el dolor, ahorrar medicamentos y reducir la cantidad de efectos no deseados del medicamento. Además, cuentas con el beneficio del "rescate", es decir, puedes consumir una dosis adicional de tu medicamento si es que tu dolor se ha "disparado" antes de tu dosis fija a un horario (no tienes que esperarte a que se llegue la hora para tu medicamento), puedes pedir un "rescate" antes.

- **Anti-Inflamatorios:** Los *anti-inflamatorios* son medicamentos para controlar un dolor leve y moderado; se utilizan para controlar dolores debidos a la compresión de músculos, tendones, tejido por debajo de la piel y huesos. Tienen sus efectos secundarios que pueden ser manejados fácilmente, como lo son gastritis y problemas con los riñones.
- **Opioides Débiles y Fuertes:** Estos medicamentos son obtenidos del opio. Su eficacia es comprobada ya que tienen una potente actividad para aliviar el dolor. No se utilizan en pacientes con problemas en el hígado o en los riñones. Los problemas que pueden presentarse por utilizar opioides es náusea, somnolencia y estreñimiento, sobre todo en aquellos pacientes que son "vírgenes a opioides", es decir, que nunca antes habían consumido estos medicamentos. Sin embargo, conforme el cuerpo se adapta a estos medicamentos, la mayoría de estos síntomas desagradables van desapareciendo. Existen ciertos miedos acerca del uso de opioides (por ejemplo, la morfina <<analfin>>), como lo son los *efectos secundarios desagradables* que ya mencionamos y *volverse adicto*. En cuanto al temor de la *adicción*, lo que realmente sucede es la *tolerancia*, la cual es que el paciente posiblemente requiera con el paso del tiempo dosis más grandes de medicamentos para controlar su dolor (eso se debe a la intensidad del dolor, no a una "adicción"), y la *dependencia física* que es cuando la persona lleva tiempo consumiendo el medicamento, su cuerpo de acostumbra a la sustancia y para cuando ya no es necesario seguir utilizándola o cabe la posibilidad de reducir la cantidad de la dosis, entonces la *dependencia física* puede solucionarse quitando el medicamento poco a poco.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

- **Adyuvantes:** Existen estos medicamentos que ayudan a controlar el dolor, aún cuando estos no fueron fabricados para ello. Siempre se utilizan junto a los *anti-inflamatorios* o a los *opioides*. Por ejemplo, algunos medicamentos contra la ansiedad (como el *rivotril*), hacen que el paciente se tranquilice ante su dolor, que se relaje y pueda dormir. Otros son los *anti-depresivos*, que además de mejorar el estado de ánimo también proporcionan alivio al dolor producido por daño en los nervios (la *carbamecepina* que es un *anti-epiléptico*, también ayuda para este tipo de dolor). Por último, también están los *esteroides* que funcionan como *anti-inflamatorios*, aumentan el apetito y mejoran el estado de ánimo.

IMPRESOS CON
FALLA DE ORIGEN



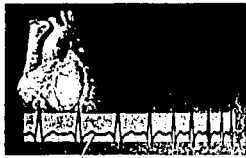
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



El Autodominio en el Dolor (El Rol de la Relajación)

Cuando nos enfrentamos a un problema, peligro o amenaza, nuestro cuerpo y mente se *“activan”* para enfrentar dicha amenaza; después de solucionar el problema, el cuerpo y la mente vuelven a su estado normal. El dolor por cáncer es una amenaza o peligro que hace que tu organismo y mente *“se activen”* para enfrentarlo, pero como el dolor puede ser muy intenso y a la vez durar mucho tiempo, entonces tu organismo y mente no encuentran la manera de volver a la normalidad y empiezas a ponerte ansioso o a deprimirte.

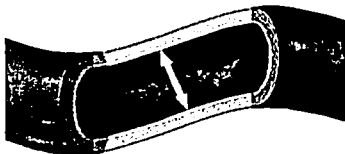
Por tal razón, aún cuando tu dolor sea muy intenso y tengas mucho tiempo de estarlo sufriendo, es necesario *“obligar”* a nuestro cuerpo y mente a que intenten volver a su estado de normalidad, o por lo menos acercarse a ese estado. Para ello se pueden utilizar ciertas estrategias para enfrentar todo aquello que el dolor te ocasiona. Existen algunas técnicas que producen lo que los psicólogos llaman *respuesta de relajación*, la cual te ayuda a reducir lo síntomas físicos del dolor y también te preparan para enfrentarte con más efectividad al mismo.



ECG del ritmo cardíaco

La presión arterial mide la fuerza que se aplica a las paredes arteriales

FAJAM



FAJAM

Medición del pulso en la muñeca



FAJAM

La *respuesta de relajación* requiere de una cierta práctica con determinadas técnicas mentales para atacar el dolor. Existen dos puntos esenciales en ella:

1. Centrar la mente en una frase, palabra, respiración o acción repetitiva.
2. Adoptar una actitud de “indiferencia” ante los pensamientos que cruzan la mente.

Los cambios en el dolor producidos por la respuesta de relajación pueden presentarse mientras la persona está centrada en una palabra, frase, respiración o acción repetitiva, pero también pueden presentarse cambios a largo plazo cuando se repite la técnica durante más de un mes y que permanecen incluso en situaciones que no tienen nada que ver con el dolor. Aunque no te des cuenta, dentro de tu cuerpo se dan ciertos cambios a partir de la *respuesta de relajación* como lo son una disminución en la presión de tu sangre, en el número de latidos de tu corazón, en el número de respiraciones que haces y en tu consumo de oxígeno.

Algunos pacientes comentan que sus niveles de ansiedad y depresión disminuyeron después de una práctica constante de técnicas de *respuesta de relajación*, y también que han mejorado su habilidad para enfrentarse a todos aquellos problemas que los hacen *“activarse”*. La *respuesta de relajación* es una respuesta natural del cuerpo, pero que necesita práctica y entrenamiento. Se produce cuando la persona centra su mente en una palabra, una frase, en su respiración o en una acción repetitiva.

Existe una técnica que produce la *respuesta de relajación* que es la *técnica de respiración profunda*, donde te enfocarás en tu forma de respirar y esto te proporcionará un control inmediato ya que te estás concentrando en el momento presente. Tal vez te la pasas pensando acerca del futuro y en como podrían haber sido diferentes las cosas si hubieras hecho esto, o esto otro, o si no hubieras hecho esto, o esto otro; centrarte en tu respiración te permite atacar mas directamente lo que te está sucediendo. Posiblemente parte de lo que necesitas es cambiar la manera en que haces o piensas algo. Además, centrarte en tu forma de respirar te ayuda también a soportar

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN



*ADAM

"*malos momentos*" como lo es una resonancia magnética, exámenes pélvicos, inyecciones, etc. Puedes hacer de ésta técnica parte de tu rutina diaria.

Existen otras técnicas que producen la *respuesta de relajación* como lo son el *entrenamiento autógeno* y la *imaginaria guiada*, donde a partir de "*jugar*" con tu imaginación, podrás crear sensaciones de "*calor*" y "*pesadez*" en diferentes partes de tu cuerpo, y también tendrás una experiencia emocional de gran ayuda dándole forma a tu dolor, "*enviándolo*" a otro lugar y logrando una perspectiva y actitud diferente con respecto a tu dolor, y un apoyo para aumentar el control que tienes sobre tu experiencia dolorosa.

Estas técnicas no son fáciles de operar, ya que esto depende de las características personales de cada individuo que las practique. Algunas personas están acostumbradas a "*jugar*" con su imaginación y además gustan de hacerlo, y por lo tanto les resulta muy fácil y sumamente agradable practicar estas técnicas; otras personas no están acostumbradas a "*jugar*" con su imaginación o simplemente no gustan de hacerlo, por lo que les resulta difícil hacer este tipo de ejercicios.

Más que nada se trata de averiguar cual de todas estas técnicas se adaptan a tu tipo de personalidad y a tu forma de ser, para que las utilices cuantas veces sea necesario y de esa manera sepas que además de los medicamentos que consumes, también tienes otros recursos para lidiar con tu problema de dolor.



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



HOJA DE CALIFICACIÓN DE SÍNTOMAS



¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD?

	Afectivo	Motivacional	Cognitivo	Conductual	Fisiológico
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Culpabilidad • Vergüenza • Inutilidad • Frustración • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la motivación • Incremento en la evitación • Dependencia • Desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> • Indecisión • Autocrítica • Absolutismo • Problemas de memoria y concentración • Ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Pasividad • Inactividad • Problemas de socialización 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Alteraciones sexuales • Alteraciones del apetito • Cansancio

TECIS CON FALLA DE ORIGEN

	Cognitivo-Subjetivo	Conductual	Fisiológico
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, temor, inseguridad • Indecisión, miedo • Pensamiento negativos • Temor a "quedar en evidencia" • Problemas de memoria y concentración 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de situaciones temidas • Intranquilidad motora • Llanto • Quedar paralizado • Tartamudear 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración, tensión, temblor • Taquicardia, disnea, boca seca • Ruborización, mareo, náuseas • Dolor de cabeza, malestar en el estómago, tiritar.

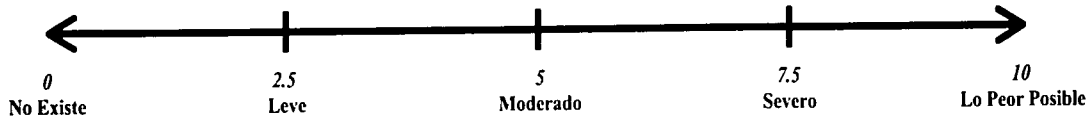


INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
MEDICINA CONDUCTUAL



REGISTRO DE DOLOR Y BIENESTAR SUBJETIVO

NOMBRE:



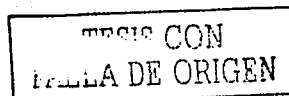
HORA	¿QUÉ TAN INTENSO ES MI DOLOR	¿QUÉ TAN INTENSOS SON MIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y O ANSIEDAD	¿QUÉ HAGO AL RESPECTO?	¿QUÉ ES LO QUE ESTOY PENSANDO?

89

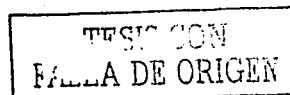
TRABAJA CON
FOLLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Lesage P. and Portenoy RK. Cancer Control; Journal of the Moffitt Cancer Center 1999;6(2):176-145.
- ² Manual de Oncología: procedimientos médico-quirúrgicos. Instituto Nacional de Cancerología. McGraw Hill Interamericana, México. 2000
- ³ Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. Seattle, Wash: IASP Press; 1994.
- ⁴ Portenoy RK, Foley KM, Inturrisi CE. The nature of opioid responsiveness and its implications for neuropathic pain: new hypotheses derived from studies of opioid infusions. Pain. 1990;43:273-286.
- ⁵ Portenoy RK. Contemporary Diagnosis and Management of Pain in Oncologic and AIDS Patients. Newtown, Pa: Handbooks in Healthcare; 1998.
- ⁶ Cherny NI, Portenoy RK. Cancer pain: principles of assessment and syndromes. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain. 4th ed. Edinburgh, NY: Churchill Livingstone. In press.
- ⁷ Ashby M. Radiotherapy in the palliation of cancer. In: Patt RB, ed. Cancer Pain. Philadelphia, Pa: JB Lippincott Co; 1993:235-249.
- ⁸ Greenberg HS, Kim JH, Posner JB. Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: results from a new treatment protocol. Ann Neurol. 1980;8:361-366.
- ⁹ Burris HA III, Moore MJ, Andersen J, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. J Clin Oncol. 1997;15:2403-2413.
- ¹⁰ Kurman MR. Systemic therapy (chemotherapy) in the palliative treatment of cancer pain. In: Patt RB, ed. Cancer Pain. Philadelphia, Pa: JB Lippincott Co; 1993:251-274.
- ¹¹ Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of Cancer Pain: Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research; 1994. US Dept of Health and Human Services publication No. 94-0592.
- ¹² Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life. J Pain Symptom Manage. 1997;13:254-261.
- ¹³ Portenoy RK. Management of common opioid side effects during long-term therapy of cancer pain. Ann Acad Med Singapore. 1994;23:160-170.
- ¹⁴ Vane JR, Bakhle YS, Botting RM. Cyclooxygenases 1 and 2. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 1998;38:97-120.
- ¹⁵ Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1998:361-390.
- ¹⁶ Ripamonti C. Management of bowel obstruction in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 1994;9:193-200.
- ¹⁷ Management of Cancer Pain: Guideline Overview. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. J Natl Med Assoc. 1994; 86:571-573, 634.
- ¹⁸ Twycross RG, Lack SA. Symptom Control In Far Advanced Cancer. London, England: Raven Pitman; 1983:3-14.



- ¹⁹ Breitbart W. Psychiatric management of cancer pain. *Cancer*. 1989; 63:2336-2342.
- ²⁰ Rimer B, Levy MH, Keintz MK, et al. Enhancing cancer pain control regimens through patients' education. *Patient Educ Couns*. 1987; 10:267-277.
- ²¹ De Wit R, van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain*. 1997; 73:55-69.
- ²² Spiegel D, Boom JR. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*. 1983; 52:341-345.
- ²³ Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*. 1982; 50: 1913-1918.
- ²⁴ Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer related pain. *Pain*. 1983; 17: 277-288.
- ²⁵ Bonica JJ, *Cancer Pain*. In: Bonica JJ, ed. *The Management of Pain*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger; 1990:400-460.
- ²⁶ Breitbart W, Payne DK. Pain. In: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998: 450-467.
- ²⁷ Syrjala KL, Abrams J. Cancer pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, eds. *Psychosocial Factors in Pain*. New York, NY: Guilford Press; 1999:301-314.
- ²⁸ Ferrell BR, Rhiner M, Ferrell BA. Development and implementation of pain education program. *Cancer*. 1993;72 (Suppl 11):3426-3432.
- ²⁹ Syrjala KL, Chapman CR. Measurement of clinical pain: a review and integration of research findings. In: Beneddetti C, Chapman CR, Morrica G, eds. *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol 7. New York, NY: Raven Press; 1984:71-101.
- ³⁰ Howland JS, Baker MG, Poe T. Does patient education cause side effects?. A controlled clinical trial. *J Fam Pract*. 1990;31:62-64.
- ³¹ Ferrell BR, Rivera LM. Cancer pain education for patients. *Semin Oncol Nurs*. 1997;13:42-48.
- ³² Du Pen AR, Niles R, Hansberry J, et al. Clinical strategies for outpatient cancer pain management. *Qual Life-Nurs Challenge*. 1997;4:95-103.
- ³³ Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979.
- ³⁴ Jacobsen PB, Hann DM. Cognitive-behavioral interventions. In: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1990:717-729.
- ³⁵ Loscalzo M, Jacobsen PB. Practical behavioral approaches to the effective management of pain and distress. *J Psychosoc Oncol*. 1990 ;8 :139-169.
- ³⁶ Compas BE, Haaga DAF, Keefe FJ, et al. Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1998 ;66 :89-112.
- ³⁷ Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*. 1992;48:137-146.
- ³⁸ Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, et al. Relaxation and imagery and cognitive behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*. 1995;63:189-198.



- ³⁹ Jay SM, Elliot C, Varni JW. Acute and chronic pain in adults and children with cancer. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54:601-607.
- ⁴⁰ Syrjala K. Relaxation techniques. In: Bonica JJ, ed. *The Management of Pain*. 2nd Ed. Philadelphia, PA: Lea & Febiger; 1990:1742-1750.
- ⁴¹ Sloman, R, Brown P, Aldana E, et al. The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. *Contemp Nurse*. 1994;3:6-12.
- ⁴² Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum*. 1995;22:1369-1381.
- ⁴³ Fernández E, Turk DC. The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain*. 1989;38:123-135.
- ⁴⁴ Morley, S. and Wilkinson, L. (1995). The pain beliefs and perceptions inventory: a British replication. *Pain*, 61: 427-433.
- ⁴⁵ Crisson, J.E. and Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35: 147-154.
- ⁴⁶ Jensen, M.P.; Turner, J.A. and Romano, J.M. (1991a). Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44: 263-269.
- ⁴⁷ Cleeland CS, Syrjala KL. How to assess cancer pain. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment*. New York, NY: Guilford Press; 1992:362-387.
- ⁴⁸ Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*. 1983;45:333-339.
- ⁴⁹ Leis AM, Haines CS, Pancyr GC. Exploring oncologist's beliefs about psychosocial groups: implications for patient care and research. *J Psychosoc Oncol*. 12:77-87.
- ⁵⁰ Loscalzo M. Psychological approaches to the management of pain in patients with advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1996;10:139-155.
- ⁵¹ Ventafridda V, De Conno F, Ripamonti C, et al. Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Ann Oncol*. 1990;1:415-420.
- ⁵² Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:639-645.
- ⁵³ Cella DF. Quality of life: concepts and definition. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9:186-192.
- ⁵⁴ Aaronson, N. K. (1990). Quality of life assessment in cancer clinical trials. En J.C. Holland y R. Zittoun. *Psychological aspects of oncology* (pp. 97-111). Germany: European School of Oncology.
- ⁵⁵ Anguas, P. A. (1997). El significado del bienestar subjetivo y su valoración en México; Tesis de Maestría; Universidad Nacional Autónoma de México.
- ⁵⁶ Corral, V (1997). Disposiciones psicológicas: un análisis de las propensiones, capacidades y tendencias del comportamiento. Hermosillo, México: Editorial UniSon.
- ⁵⁷ Beck, A. (1963). Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9: 324-333.

- ⁵⁸ Caudill M. Controle el Dolor Antes de que el Dolor le Controle a Usted. México, Paidós. 1998.
- ⁵⁹ Burns D. The feeling good Handbook. Nueva York, NY: Penguin Books. 1989.
- ⁶⁰ Ellis A, Russell G. Handbook of Rational-Emotive Therapy. Nueva Yor, springer, 1977 (trad. Cast.: Manual de terapia racional emotiva. Bilbao. Desclée de Brouwer. 1988).
- ⁶¹ Massie MJ, Anxiety panic and phobias. In: Handbook of Psycho-Oncology: Psychological care of the patient with cancer. Edited by JC Holland, JH Rowland. New York: Oxford; 1989: 302.
- ⁶² Burton MV, Parker RW, Farell A, et al. A randomized control trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. Psycho-Oncology 1995; 4: 1-19.
- ⁶³ Bolund C. Suicide and cancer. II: Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden, 1973-1976. J Psychosoc Oncol 1986; 3:31.
- ⁶⁴ Sierra R. Técnicas de investigación social. Madrid, Paraninfo. 1995.
- ⁶⁵ Mini-Mental State: A practical metod for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat, 1975, Vol. 12, pp. 189-198.
- ⁶⁶ Kamofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in palliative treatment of carcinoma: with particular reference to bronchogenic carcinoma. Cancer 1948;1:634-56.
- ⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima edición. Washington, D.C. 1995.
- ⁶⁸ American Psychiatric Association. Diagnostic and Satistical Manual of Mental Disorders, Text Revisión. Fourth Edition. Washington, D.C. 2000
- ⁶⁹ Bellack A, Hersen M. Métodos de investigación en psicología clínica. Bilbao, Desclée de Brouwer. 1989.
- ⁷⁰ Silva A. Métodos cuantitativos en psicología: un enfoque metodológico. México, Trillas. 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN